



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

RUAMASKA: LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD INDÍGENA

LETNIA LIZETH RAQUIRA OSORIO

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Derecho y ciencia política.
Bogotá D.C, Colombia
2019

RUAMASKA: LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD INDÍGENA

Letnia Lizeth Raquira Osorio

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Derecho

Director :
Doctor Camilo Alberto Borrero García
Evaluador:
Dr. Gregorio Mesa Cuadros

Línea de Investigación:
Seguridad Social en Salud Indígena

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
Bogotá D.C, Colombia
2019

*“Soy la mujer que mira hacia adentro.
Soy la mujer que mira debajo del agua.
Soy la nadadora sagrada
porque puedo nadar en lo grandioso.
Soy la mujer luna.
Soy la mujer que vuela.
Soy la mujer aerolito.
Soy la mujer constelación huarache.
Soy la mujer constelación bastón.
Soy la mujer estrella, Dios
porque vengo recorriendo los lugares desde su origen.
Soy la mujer piedra del sol.
Soy la mujer luz de día.
Soy la mujer que hace girar.
Soy la mujer del cielo.
Soy la mujer de bien.
Soy la mujer espíritu
porque puedo entrar y puedo salir
en el reino de la muerte”*

-María Sabina- Chjota Chjine

*A Matías- Taka Tana, milagro de vida, a mi mama y a mi taita, a los abuelos guardianes
del pensamiento, a mis abuelos*

Resumen

La ambigüedad y el vacío conceptual de las normas jurídicas en torno a la salud indígena y la ausencia crítica de una práctica que valide el derecho a la salud en reconocimiento, desde un concepto de derecho entendido no como la lógica normativa, sino como la potestad que tiene un sujeto para gozar de un estado de bienestar; por lo que, será tanto más eficaz, en cuanto, sea validado en la práctica, puesto que los pueblos indígenas tienen una manera particular de ser, obrar, organizarse y “ser uno con el territorio” para ordenar en la justicia y en autonomía, lo que obedece al ejercicio del “derecho mayor” como práctica de la gobernabilidad propia, es decir, la obediencia a un mandato consuetudinario de obligatorio cumplimiento. Los pueblos indígenas, conforme a su sistema de pensamiento, establecen mandatos y mecanismos en un sistema de justicia reivindicativa y restauradora, entendida, no como castigo, sino como restitución del orden, que es el equivalente a salud, armonía, bienestar: RUAMASKA.

Palabras clave:

Estado de bienestar: es la armonía de todos estos factores, que son de orden social, físico y espiritual. Parte de buenas relaciones en comunidad, del favor de los espíritus, de la producción, del mantenimiento de las Leyes de origen y de un territorio propio y suficiente.

Salud Propia: Es el conjunto de prácticas y procedimientos de la medicina tradicional, que corresponden a la herencia del pensamiento ancestral.

Territorio: El Territorio encierra todo el pensamiento y la cultura, es allí donde se ha gestado la existencia y todo lo que implica ser Indígena, desde el momento de origen del mundo y la creación.

Derecho Mayor: es el mandato divino¹; del orden del universo, del equilibrio del todo, representan los extremos opuestos del universo, que tienen que ver con las energías fundamentales que dominan la vida en el mundo. Los seres humanos, representan en sus géneros, el orden universal; cada uno tiene en diferentes proporciones elementos opuestos, que constituyen, a la larga, el equilibrio para su desarrollo.

¹ Páramo, Guillermo (2004). La lógica paraconsciente y el mito chamánico.

Abstract

The ambiguity and conceptual void of the legal norms around indigenous health and the critical absence of a practice that validates the right to health in recognition, from a concept of law understood not as the normative logic, but as the power that has a subject to enjoy a welfare state; therefore, it will be more effective, in so far as it is validated in practice, since indigenous peoples have a particular way of being, act, organize and "be one with the territory" to order in justice and autonomy, what obeys to the exercise of the "greater right" like practice of the own governability, that is to say, the obedience to a customary mandate of obligatory fulfillment. Indigenous peoples, according to their system of thought, establish mandates and mechanisms in a system of justice and restorative justice, understood, not as punishment, but as restitution of order, which is the equivalent of health, harmony, well-being: RUAMASKA.

Keywords:

Welfare state: is the harmony of all these factors, which are social, physical and spiritual. Part of good relations in community, of the favor of the spirits, of the production, of the maintenance of the Laws of origin and of a proper and sufficient territory.

Own Health: It is the set of practices and procedures of traditional medicine, which correspond to the inheritance of ancestral thought.

Territory: The Territory encloses all the thought and the culture, it is there where the existence and everything that implies to be Indigenous has been gestated, from the moment of origin of the world and the creation.

Greater law: it is the divine mandate; of the order of the universe, of the balance of the whole, represent the opposite ends of the universe, which have to do with the fundamental energies that dominate life in the world. Human beings, represent in their genders, the universal order; each one has different elements in different proportions, which constitute, in the long run, the balance for its development.

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Introducción	1
1. Capítulo 1.....	5
Balance de políticas públicas en materia de salud para pueblos indígenas.	5
1.1 Antecedentes históricos.....	5
1.2 Balance y perspectiva normativa	10
1.2.1 Compendio normativo anterior a la Constitución de 1991.....	10
1.3.1 Componentes del SISPI	15
1.3.2 Implementación del SISPI	18
1.4 Dificultades en la implementación del SISPI.....	22
1.4.1 Informe de la Comisión Técnica Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación CTNSPI-MPC.....	22
1.4.2 Administración y Gestión desde el SISPI.....	23
2. Capítulo 2.....	25
Sentidos y contrasentidos de políticas públicas en salud indígena.	25
2.1 Teorías sobre confrontación de perspectivas en construcción de políticas públicas.....	26
2.2 Conceptos para plantear políticas públicas propias.	28
2.3 Aplicación práctica de políticas públicas en salud.....	29
2.4 Efectos de aplicación de políticas públicas para pueblos originarios.	32
3. Capítulo 3.....	34
La Salud en el Sistema de pensamiento de los pueblos originarios.	34
3.1 Territorio y territorialidad.	35
3.2 Pensamiento ancestral	36
3.3 Prácticas técnicas y procedimientos de intervención integral.....	38
3.3.2 Aseguranzas.	39
3.3.3 Adivinanzas.	39
3.3.4 Tumas o Piedras.	39
3.3.5 Cantos y Bailes.	40
3.3.6 Partería indígena:.....	40
3.4 Médicos tradicionales: ordenadores del equilibrio cósmico.....	40
3.4.1 Chamanismo:	40
3.4.2 Espiritualidad:.....	41

3.4.3 Sobandería, partería y yerbatería:	41
3.5 Mandato del derecho mayor.	41
3.6 Caso U'wa.	43
3.6.1 Salud propia del pueblo U'wa	45
3.6.2 Diagnóstico de políticas públicas del pueblo U'wa	47
3.6.3 Diagnóstico de salud del pueblo U'wa	48
3.6.4 Planes de acción	49
4. Capítulo 4.....	51
Pertinencia de una coordinación entre sistema general de salud y derecho mayor.51	
4.1 En conceptos de salud propia, técnicas procedimientos y tratamiento....	52
Actividades de atención en protección específica	54
Actividades de atención en detección temprana.....	54
4.2 En regulación normativa	54
4.3 En seguimiento.....	56
4.4 En institucionalidad de las EPS indígenas	57
5. Conclusiones y recomendaciones.....	61
5.1 Conclusiones	61
Bibliografía	71

Introducción

Este trabajo de investigación analiza el desarrollo del derecho a la salud de los pueblos indígenas de Colombia, es decir, si el actual sistema de salud indígena y las políticas públicas en salud, han alcanzado efectivamente la construcción de un sistema propio, respetuoso de las tradiciones y regido bajo el sistema de pensamiento del derecho mayor o gobernabilidad propia. Busca comprender, por un lado, las complejidades representadas por las tradiciones y las prácticas de medicina ancestral y por otro lado, inquiere las iniciativas desde las instancias del poder político, para lograr algunos cambios de perspectiva más incluyentes, acordes con planteamientos de reconocimiento de las diferencias que actualmente se discuten en Colombia. Pregunta por los resultados de las políticas públicas para la población indígena, sobre todo aquellas que, se han creado a la poste del Sistema Integrado de Salud Indígena.

Es así que, a partir de la hipótesis, esto es, la ambigüedad y el vacío conceptual de las normas jurídicas en torno a la salud indígena y la ausencia crítica de una práctica que valide el derecho a la salud en reconocimiento, se busca un concepto de derecho entendido no sólo como la lógica normativa, sino como la potestad que tiene un sujeto para gozar de un “estado de bienestar”²; en consecuencia, este no será eficaz, en tanto, no sea valorado en la práctica. En el instante en que se pone en contraste las proposiciones de la ley, con la aplicación práctica por parte de las instituciones del Estado, se somete el ejercicio de los derechos a la interpretación del funcionario y entidades encargadas de ejecutar procedimientos que garanticen y promuevan la práctica de los derechos de los pueblos indígenas.

El propósito de la investigación está encaminado a demostrar que no existe una práctica de los derechos, existe una normativa aplicable, en cumplimiento de requisitos formales y que atiende principios constitucionales, distante de la realidad política, social y cultural de los pueblos indígenas, toda vez que los

procedimientos burocráticos y la intermediación política, abriendo una brecha significativa que pone en riesgo a los pueblos indígenas.

Entonces el pensamiento propio, encuentra legitimación de acuerdo a su autodeterminación, pues tienen una manera particular de ser, obrar, organizarse y “ser uno con el territorio” para ordenar en la justicia y en autonomía, lo que obedece al principio del “derecho mayor” como ejercicio de gobernabilidad propia, es decir, la obediencia a un mandato consuetudinario de obligatorio cumplimiento. Los pueblos indígenas, conforme a su sistema de pensamiento, establecen mandatos y mecanismos (rituales) en un sistema de justicia reivindicativa y restauradora, entendida, no como castigo, sino como restitución del orden, que es el equivalente a salud, armonía, bienestar: RUAMASKA.

En cuanto a sistema de pensamiento, que es universal, se requiere la coordinación entre el ordenamiento jurídico y el derecho mayor, para que haya una auténtica comprensión de los mandatos constitucionales y legales para que haya una correcta aplicación de los derechos pueblos, los cuales se presumen sujetos de derechos. En consecuencia, debe evaluarse si el ordenamiento jurídico y las políticas públicas actuales, dan adecuada solución a las demandas de los pueblos indígenas respecto al derecho a la salud.

Estos elementos se deducen de la revisión documental de nomas jurídicas, acuerdos escritos dentro las organizaciones indígenas, conversatorios sobre políticas públicas indígenas expuestos por miembros de algunas comunidades, lectura de trabajos investigativos realizados con anterioridad respecto de políticas públicas y salud indígena, así como derechos de petición radicados ante ministerios y entidades gubernamentales competentes. Lo que me permitió identificar los diferentes elementos que componen la problemática planteada; fundamentalmente, las deliberaciones, participación, argumentación y construcción que se han ido realizando en el tiempo, colocando en práctica dentro del sistema de gobernabilidad propia en pro de generar nuevos procesos de coordinación normativa que afectan a los pueblos indígenas.

En un primer capítulo, se iniciando con un recuento histórico sobre las circunstancias que rodearon a los pueblos indígenas antes de la constitución de 1991, los antecedentes sobre movimientos indígenas y evolución normativa de salud propia, es decir, la evolución de la salud como derecho dentro del marco legal colombiano. Para lo cual se hace un recuento de las movilizaciones, concertaciones y normas que giran en torno a dicho tema y la incidencia política de los pueblos indígenas en los últimos 30 años, para lo cual se marcan tres periodos antes de la constitución de 1991, después de la constitución de 1991

hasta el 2013, fecha en la cual se crea el Sistema Integral de Salud Propia Indígena- SISPI y haciendo una revisión cronológica de las políticas públicas en salud.

En un segundo capítulo se plantean los puntos de controversia entre las políticas de estado y el pensamiento ancestral o derecho mayor, se establecen puntos de divergencia y se propone el reto de creación de políticas públicas con enfoque diferencial, no sólo desde el punto de vista semántico, sino que tenga la posibilidad de ser ejecutado y reconocido tanto por los pueblos indígenas como por las instituciones encargadas de dar aplicabilidad a las políticas públicas en salud.

En el tercer capítulo se expone se recopilan y exponen los conceptos de medicina tradicional, explicado la cosmovisión indígena desde la importancia del territorio, prácticas generales de medicina tradicional, importancia del médico tradicional dentro de la comunidad indígena hasta finalmente llegar la propuesta del pensamiento complejo del que está compuesto el derecho mayor.

Finalmente, en el cuarto capítulo se plantan los puntos de convergencia que pueden incurrir en la creación de un sistema en salud propia para pueblos originarios, para lo cual se plantean cuatro pilares en conceptos de salud propia, regulación normativa, seguimiento de políticas públicas y la importancia de la institucionalización de la EPS-I.

La iniciativa de restablecer la forma de gobierno propio por parte de las autoridades tradicionales y políticas de los pueblos indígenas, contribuye a valorar lo importante que es que cada pueblo sepa cómo gobernarse, cómo mantener sus tradiciones vivas y plantee mecanismos propios de hacer efectivos sus derechos frente al Estado. Los abuelos y abuelas, ancianos han intentado a través de los años, el reconocimiento efectivo de sus derechos ante un Estado que aún que desconocen la importancia que tiene el territorio sagrado, las tradiciones, la cultura, las prácticas de medicina ancestral, el nacimiento y la muerte para estos pueblos. Corresponde a las autoridades tradicionales y de cabildo identificar las amenazas sobre el territorio, para consultar, convenir y concertar con el Estado qué trabajos hacer para sanear, corregir y reordenar el territorio.

1.Capítulo 1

Balance de políticas públicas en materia de salud para pueblos indígenas.

En este capítulo se realiza un estudio comparativo de las normas y políticas públicas creadas con anterioridad al SISPI, frente a las demandas de los pueblos indígenas, pues ello ha traído consigo la lucha de sus derechos, la necesidad de poner en conocimiento del estado tradiciones ancestrales, con el fin de que las mismas respetadas en un marco no sólo de diferencia, sino de autonomía. Todo ello sumado a las circunstancias socio políticas que han generado grandes cambios en las comunidades, como lo son el desplazamiento forzado, participación política, proyectos de desarrollo nacional, que afectan el territorio indígena, entre otras.

1.1 Antecedentes históricos

Las comunidades indígenas, han construido por siglos un orden de pensamiento, desde el cual se plantea su organización política, económica y social, por lo cual la lucha por mantener sus tradiciones ha sido magna. Inician con la conquista española, durante los procesos de colonización y mestizaje, épocas en las que los pueblos indígenas originarios fueron reducidos y sometidos a la imposición de una cultura nueva. Sólo hasta los años 20 se empieza a destacar la resistencia de líderes indígenas, como Manuel Quintín Lame y José Gonzalo Sánchez, quienes fueron movidos, entre otras cosas, por

la defensa de las parcialidades indígenas y el rechazo a las leyes de extinción de los Resguardos; la negativa a pagar terraje y el rechazo a la servidumbre; la afirmación de los cabildos como centros de autoridad autónoma de los indígenas y como base de organización; recuperación de las tierras usurpadas por los terratenientes desconociendo todos los títulos que no se basaran en Cédulas Reales; afirmación de los valores culturales indígenas y el rechazo de la discriminación racial y cultural en contra de los indígenas colombianos; la unificación de los Resguardos del Cauca y del país para constituir la “República Chiquita” al margen de los blancos, con un cacique general y Representación especial de los indígenas en Consejos, Asambleas y Congreso; sin embargo estas luchas estuvieron limitadas en su alcance, pues influyó de manera drástica en su proceso, el escenario de violencia en el escenario político nacional y la imparcialidad Estatal, lo que devino en la formulación de la consigna “tierras, tradición y cultura”; tema que adquiere vital importancia en lo que a la lucha indígena de nuestros días respecta. El contexto que da origen al tipo de lucha y de movimiento de los indígenas es fundamentalmente, el de la situación de marginación, discriminación y empobrecimiento al que es sometida la población indígena; sus territorios ancestrales, los lugares que eran sus resguardos, se convirtieron propiedad de hacendados y los indígenas pasaron a trabajarlos en condición de servidumbre como terrajeros. La legislación sobre las tierras de los resguardos indígenas tendió a la parcelación y la privatización; es así que la organización del CRIC y su acción de recuperación de tierras nació como acción de resistencia a la condición de miseria en la que se les quería someter.

En la medida en que se va consolidando la organización y la recuperación de tierras el movimiento indígena fue tomando fuerza, y los nuevos propietarios de la tierra arremetieron contra los líderes indígenas para acallar su lucha. Al calor de las luchas campesinas por la tierra se fortalece, en el departamento del Cauca el movimiento indígena actual.

En tal sentido, puede notarse cómo ciertas figuras político administrativas o de gobierno creadas en la época de la conquista y colonia, son reinventadas de conformidad con un movimiento social indígena, tal es el caso de los cabildos, que lograron mantenerse en el tiempo y prefigurarse como un elemento ligado a la autonomía y derecho mayor, en detrimento de los auténticos consejos de autoridades ancestrales tradicionales, auténticos órganos de liderazgo espiritual y administrativo. “Algo también importante para el movimiento indígena, que fortaleció sus luchas en un comienzo, fue el reencuentro con experiencias y tradiciones de luchas pasadas. Para los indígenas en el Cauca y el Tolima, ésta última etapa de movilización se nutrió

de la recuperación simbólica de las luchas de Manuel Quintín Lame, luchas, que aunque habían sido liquidadas físicamente, habían permanecido en la tradición, en la memoria colectiva de las comunidades”. (Jaramillo, 2010).

El movimiento indígena se movilizó principalmente a favor de sus reivindicaciones de tierra, en los años 70's, cuando inició a reclamar del Estado la protección de sus derechos, por considerarse discriminados y relegados dentro la organización estatal. Para tales fines, los indígenas, en resistencia y por vías de hecho lograron en principio la recuperación del territorio, la implementación de la educación propia, mediante el nombramiento y capacitación a maestros, de igual manera la salud para la atención a las comunidades indígenas. Hasta finales de 1970 no se había logrado avanzar casi en nada en materia de políticas públicas en salud para pueblos indígenas a pesar de haber realizado cantidad de veces la gestión de propuestas, solicitudes, peticiones y proyectos en salud ante el Estado³.

Esta etapa de movilización se da en el periodo de la reforma agraria y en el contexto del desmonte paulatino y lento del frente nacional. En 1970, cuando comienza a evidenciarse el actor colectivo indígena, se está en pleno frente nacional, pero quienes están en el gobierno no son capaces de garantizar la gobernabilidad. Es así que en 1970, se crea la ANUC con el objetivo de acelerar la reforma agraria y conjurar la amenaza comunista en el campo (Archila, 2003, p.100-1001).

Posteriormente, en 1971 se dio un proceso de recuperación de tierras en cabeza del CRIC, cuya lucha por la tierra fortaleció a las comunidades y a los cabildos alentando nuevos procesos de reivindicación. Son reivindicaciones importantes del CRIC, en relación con la consolidación de una identidad colectiva, además de la recuperación y ampliación del territorio de sus resguardos, autoridad, tradiciones y cultura, encontrando múltiples inconformidades con la legislación Colombiana. A partir de una propuesta de estatuto indígena que hace el gobierno sin consultar con las comunidades indígenas en 1973 se va a dar una gran movilización reivindicando la autoridad indígena. Como consecuencia de la movilización, se logró una interlocución directa con las autoridades nacionales y un primer avance en el establecimiento de mecanismos de consulta ante las comunidades indígenas, aunque inicialmente y hasta 1988 el Estado solo va reconocer la interlocución de la ONIC.

³ Programa de salud del CRIC, 1990

Poco a poco, el número de organizaciones indígenas regionales aumenta en todo el país y en un encuentro de éstas se teje lo que será la ONIC como expresión nacional de organización y articulación del movimiento indígena. En 1982, ésta nace y se comienza a proyectar a escala nacional a través del apoyo a los procesos de formación y organización de los indígenas en las regiones y abanderando la lucha por la autonomía, el territorio, la autoridad ancestral, la medicina tradicional, la educación bilingüe y la defensa de los derechos y la procura de condiciones de vida digna para las comunidades indígenas. (Laurent, 2005)

El primer resultado oficial, en materia de salud indígena, se dio con la expedición de la Resolución 2788 de 1986, mediante la cual el Ministerio de Salud, reconoce la labor organizativa, gestión y práctica de medicina ancestral realizada por el Comité de salud Indígena. Este reconocimiento estatal generó nuevas actividades de prevención y promoción de salud para los indígenas, en programas de higiene, nutrición y salubridad. Se inicia entonces, en 1987 en Boyacá el encuentro de Capacitación de Promotores Indígenas de Salud, con las comunidades indígenas más organizadas del país y pioneras en conceptualización e institucionalización de salud propia, como son el Cauca, la Sierra Nevada y el Tolima, adicionalmente se empiezan a fortalecer procesos de salud comunitaria propia en otras zonas del país.

En el año de 1989, y como consecuencia de varios hechos que marcaron la situación del país como fueron las reestructuraciones de corte neoliberal entre las que se destaca la reducción del gasto social y el endeudamiento externo; en 1985, se da por parte del M19 la toma del palacio de justicia y por parte del ejército la retoma del mismo; la crisis política, el recrudecimiento de la violencia, el narcotráfico, la marcha de la economía, determinan que se convoque la asamblea nacional constituyente en la que por primera vez en la historia del país contó con la participación de los indígenas.

En este periodo y a partir de la mencionada coyuntura el movimiento indígena logra distinguirse como una fuerza alternativa en el país, que está en capacidad de hacer propuestas frente a los problemas de la realidad nacional. En este periodo logran desplegar alternativas que van a favorecer la consolidación como actor político y su incidencia en otros actores políticos en el país. A partir de la asamblea constituyente y con ocasión del quinto centenario de la colonización el movimiento indígena emprende una iniciativa sistemática de reconfiguración y de posicionamiento político, que va a tener frutos muy visibles en su participación en el debate político nacional en torno a la constitución, pues se planteó ante el Ministerio de Salud, en la Comisión de la mesa nacional de concertación, por parte de la ONIC, una propuesta

relacionada con la medicina tradicional indígena orientada al reconocimiento de derechos en la diferencia, con carácter pluriétnico y pluricultural.

En el transcurso de la década de la 90's, el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y el planteamiento de políticas de salud propia, logró alcanzar el ámbito internacional; es así que se hace el Primer Taller Hemisférico sobre pueblos Indígenas y Salud, convocado por la Asociación Canadiense de Salud Pública, y en el cual participan indígenas de todo el continente. La salud, debía ser un derecho de todos los seres, ya que es el trato a la vida misma, para el bienestar de toda la sociedad.⁴

Posterior a ello, en 1993, se realiza en Coyaima, una reunión e autoridades indígenas, con el fin de estudiar programas de salud, a la cual asisten todas las regionales indígenas de CRIC, CRIT, OREWA, ORIVAC, CECOIN, para la socialización de la experiencia en Canadá. Como resultado de este evento se manifiesta el deseo de unificar propuestas de orden continental, proponer políticas en salud para las indígenas apoyadas desde la OPS, la ONU, ONG's y organismos multilaterales. Las recomendaciones de este taller son tomadas para la Organización Panamericana de la Salud OPS y se adoptan mediante la siguiente Resolución V "Salud de los pueblos indígenas" el (28 de septiembre de 1993): "La resolución Adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la iniciativa...de instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas".⁵

Los circunstancias que han rodeado al movimiento indígena, han cambiado, las demandas de los pueblos indígenas han transitado de la carencia de reconocimiento a la participación política y la postulación de reivindicaciones de orden cultural ligadas a la pertenencia y la identidad de los pueblos indígenas. El movimiento indígena se ha destacado por su alta capacidad de interlocución con otros actores en lo nacional y lo internacional. El conflicto armado si bien ha debilitado en tanto ha golpeado a las organizaciones

⁴ CRIC, 1990.

⁵ OPS/OMS, 1993

sociales, ha propiciado acciones contundentes de resistencia civil y ha puesto en primera plana la exigencia de una solución a las diferentes problemáticas de los pueblos indígenas, en materia de salud, se proponen desde aquel entonces: la necesidad de un abordaje integral a la salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, el derecho a la participación sistemática; el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.⁶

1.2 Balance y perspectiva normativa.

El desarrollo normativo frente a los pueblos indígenas ha sido motivado como se expuso anteriormente, por las demandas de los pueblos, por lo cual debe enmarcarse dentro de dos momentos importantes de participación indígena. El primero deviene con el movimiento indígena hasta la Constitución de 1991, que marcó un hito en el reconocimiento de los pueblos desde la diferencia. Y el segundo a partir de la Constitución de 1991, en la implementación de políticas públicas creadas con el fin de garantizar los derechos consagrados en la constitución de 1991 hasta el proceso de concertación que trajo consigo la creación del SISPI en 2013.

1.2.1 Compendio normativo anterior a la Constitución de 1991.

- **Resolución 10013 de 1981:** Antes de 1981, los indígenas legal y constitucionalmente no tenían garantizado el derecho a la salud, los distintos grupos étnicos seguían siendo observados por el Estado y su sistema médico, sin consideración y menos aún sistemas curativos tradicionales, lo que determinaba la exclusión y la marginalidad de éstos del mencionado sistema.

Esta resolución se produjo bajo el gobierno de Julio César Turbay Ayala, como logro de las luchas del movimiento indígena en cabeza del CRIC. De este modo, el derecho a la salud cobró importancia como exigencia y como propuesta orgánica al ser reivindicada por parte de la dirigencia indígena y las comunidades mismas; pues, los niveles de salubridad de importantes grupos en el país eran abiertamente deplorables. Se contempla la gratuidad de todos los servicios de salud para los indígenas, además establece la necesidad de articular la medicina tradicional con la medicina institucionalizada en un modelo de atención

⁶ Resolución V, 1993.

primaria acorde con las creencias y valores de cada cultura, sin embargo, sólo se tomaron medidas prácticas en temas de higiene y salubridad.

- **El Decreto 1811 de 1990:** Esta legislación constituyó la segunda política pública que en materia de salud. Es promulgado en la dinámica del gobierno de Virgilio Barco Vargas, quien aceleró la liberalización de la economía nacional para darle prelación a los capitales extranjeros, el Estado colombiano empezaba a plantearse como una meta importante la territorialización del proceso de acumulación de capitales, concibió concederle a las regiones un “mínimo de autonomía” política, la cual debía culminar con un proceso de descentralización económica. Dentro de esta nueva lógica al nivel central sólo le corresponde el papel de director, de asesor y el de vigilancia y control. Esta situación supone dos realidades. Por un lado, El Ministerio de Salud considera que no debe hacer una destinación específica del monto total de recursos enviados a los hospitales que garanticen la atención a los indígenas, sino que los recursos de subsidios a la oferta son una integralidad y que deben cubrir los servicios en salud que demande cualquier tipo de población. La otra realidad hace suponer que muchos directivos de los hospitales a través de diversas estratagemas buscan evitar el acceso de los indígenas a los servicios, para ello utilizan el desconocimiento de la norma, lo que genera constantes conflictos con las organizaciones indígenas.

Para ése periodo, las organizaciones indígenas habían ya sentado sus propuestas e intentaron incidir en el ordenamiento jurídico con el fin de que éste les permita un margen de trabajo más amplio donde se integre su visión sobre el proceso de salud, entre otros. Fruto de ésta experiencia fue la presión ejercida para la formulación del Decreto 1811 donde se tienen en cuenta las propuestas indígenas.

En la comisión de salud, cerca de 350 indígenas discutieron y realizaron propuestas en lo relacionado con medicina tradicional, mecanismos paulatinos para la descentralización en municipios con población indígena y creación de fondos que garanticen su aplicación. Además se aprueba la necesaria participación dentro de la comisión que elabore un decreto reglamentario de la Ley 10 de 1990.

En parte la evolución de la Resolución 10013 de 1981 hacia el Decreto 1811 de 1990 tuvo como trasfondo acondicionar la nueva legislación en salud para los indígenas a las nuevas realidades sociopolíticas y económicas neo aperturista en el país y en especial en el renglón de los servicios de salud.

Estudiado el antecedente histórico y revisadas las políticas públicas expedidas en relación a la salud, debe decirse que, si bien es cierto, estas normas no se hubieran expedido si no ser por el movimiento indígena, también lo es que el Estado no atendió las demandas de fondo, pues varios de los problemas actuales de divergencia entre sistemas de salud, se derivan del hecho de que desde su principio se reglamentó la inclusión al sistema jurídico vigente y no se planteó la garantía y los recursos para un sistema diferencial.

1.2.2 Compendio normativo posterior a la constitución de 1991.

- **La Resolución 5078 de 1992:** Esta norma plantea de manera general los conceptos de Culturas Médicas Tradicionales en las comunidades para la prevención, diagnóstico, tratamiento y explicación de las enfermedades y de las terapias alternativas como: “el conjunto de procedimientos terapéuticos derivados de las diversas culturas médicas existentes en el mundo; confiere a las instituciones de salud las funciones de investigar, valorar, fortalecer los sistemas médicos tradicionales, adecuar los modelos de atención en salud a las particularidades sociales y culturales de la región. En la práctica la falta de voluntad política del Ministerio de Salud y la no destinación de los recursos necesarios para poner en marcha dicha norma por parte del Ministerio de Hacienda impidieron el desarrollo de esta resolución.
- **Ley 100 de 1993:** Mediante la cual se creó el sistema general de Seguridad Social, se encargó de abrir el espacio de participación de los particulares en la seguridad social, en tendencias de mercado, especialmente en lo que tiene que ver con la salud (Londoño & Frenk, 1997). La reglamentación sobre comunidades indígenas, se limitó escasamente a incluirlas como beneficiarias del Régimen Subsidiado en salud bajo la condición de población pobre y vulnerable, con la posibilidad de constituir Entidades Promotoras de Salud de conformidad con lo establecido en el Decreto 1088 de 1993, que permite la creación de asociaciones de Tradicionales Indígenas con el estatus de entidades de Derecho Público de carácter especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, se inició la creación de EPS-I.

Hacia el año de 1998, se sugiere la flexibilización del régimen de salud establecido en la ley 100 de 1993, y posteriormente, en el primer

congreso de ESS indígenas, se acuerda la medicalización de las comunidades indígenas con respeto a su cultura y a sus tradiciones. Sin embargo el ministro de salud, negó la posibilidad de la existencia de representación indígena en el Consejo Nacional de Seguridad Social, creado para la época, después de discusiones y peticiones por parte de los pueblos, el ministro se auto delega tal representación, que finalmente no fue favorable para la situación de los indígenas.

Con ocasión a esta problemática, en 1996, como consecuencia de una movilización del CRIC, se firmó con el Gobierno del Presidente Samper, el convenio de “La María”, donde se trató la situación de las comunidades indígenas después de la ley 100 de 1993 y en consecuencia, se dio la iniciativa de crear un Sistema especial de salud para los pueblos indígenas.

- **Documento CONPES 2773:** Este documento es importante, pues aunque no constituyó una política pública, sí dio ordenó al Ministerio de Salud establecer planes para mejorar las condiciones de salud de las comunidades indígenas, a través de programas diseñados de acuerdo con sus particulares necesidades ha incorporando sus sistemas de medicina tradicional. Para el efecto, el Ministerio de Salud, debió hacer los ajustes necesarios al Decreto 1811 de 1990 y contar con una dependencia técnica encargada de la capacitación integral e intercultural del personal médico y paramédico que trabaje en zonas indígenas. Cuyos objetivos incluyeron:
 - Apoyar el sistema de salud propio de los pueblos indígenas, adecuando y mejorando su articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Proteger, promover, divulgar y defender los derechos étnicos individuales y colectivos de los pueblos indígenas.
 - Adecuar y coordinar los distintos niveles de Gobierno, sectores e instituciones de la administración pública y entes no gubernamentales relacionados con la población indígena, en apoyo al desarrollo autónomo de las comunidades.
- **Resolución 3310 de septiembre de 1996:** “Por la cual se crea el programa de atención en salud a comunidades indígenas del ministerio de Salud, se organiza y se le dan funciones”. A consecuencia de ello y tras dos talleres nacionales, encaminados analizar, discutir y concertar

las diferentes organizaciones indígenas un documento donde se conciertan las políticas en salud para comunidades indígenas⁷. En ese año se alcanzó una cobertura de casi cincuenta mil indígenas. Sin embargo, para alcanzar un cubrimiento desde aquel entonces, los esfuerzos no han ido más allá de la afiliación.

- **Ley 691 de 2001:** La ley 691 del 2001, implicó un arduo trabajo que duró tres años y medio de constantes reuniones y concertaciones de los programas de salud de las organizaciones, con el gobierno, gestión de los parlamentarios indígenas e independientes y con la participación de investigadores de asuntos indígenas. Logra incluir el principio de la diversidad étnica y la concertación como principios de la Ley 100, aporta elementos para continuar desarrollando la autonomía en salud de los pueblos indígenas como son la adecuación socio-cultural de los planes de beneficios POS-S y PAB, incluye la posibilidad de que estos servicios se formulen y ejecuten directamente por las comunidades indígenas. Pese a los intentos por profundizar en el tema que abarca ésta ley, la motivación del Gobierno ha sido escasa, porque implica aumentar los recursos para finalmente resolver el problema a salud de los pueblos indígenas.
- **Decreto Nacional 4127 de 2005:** Por medio del cual se acreditó la prestación del servicio de salud por EPS Indígenas y la mesa de trabajo en salud indígena; esto permitió, en principio, adecuar prácticas en salud tradicional con la implementación de programas de salud propia con atención a la embarazada, crecimiento y desarrollo, nutrición propia, promoción y prevención de las enfermedades desde la medicina ancestral. Es en el Cauca, donde más se avanza en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI, donde se propone diseñar un sistema de salud para todos los que estén ubicados en el contexto rural, urbano, pequeñas poblaciones, selva, llanos y costa. Para ello, se conformaron equipos políticos, técnicos, científicos, jurídicos, económicos, administrativos y equipo de medicina ancestral que intentaban aplicar componentes que se les exigía el Ministerio de Protección Social, como también se fue tecnificando al personal de salud de las comunidades como promotores, técnicos en salud, auxiliares de enfermería, enfermeros jefes, médicos facultativos y especialistas en diferentes áreas de la salud y finalmente, con el fin de

⁷ Rodriguez, Ernesto. (2012). Salud pública, políticas sociales y desarrollo humano de adolescentes y jóvenes indígenas en América Latina, experiencias acumuladas y desafíos a encarar.

ampliar la cobertura en la prestación del servicio de salud, se crearon las primeras IPS-I.

Cabe mencionar, frente a la expedición de este decreto, que su contenido dio alcance a lo plateado en la Ley 100 de 1993, sobre creación de EPS-I, pues transcurrieron 12 años para su reglamentación y a pesar de ello el proceso e relación de una EPS-I, resulta dispendioso, lo cual se evaluará en puntos posteriores.

1.3 Sistema Integral de Salud Propia Indígena- SISPI

Cuando en Colombia se habla de diversidad cultural, Artículo 7 de la CPC de 1991, es necesario entender las prácticas diversas, los componentes que tiene un sistema social estructural. Al respecto, la Corte Constitucional en el Auto 382/10⁸, en el seguimiento a la Sentencia T-025/04 y el Auto A004/09 plantea una posición fuerte alrededor de la implementación del enfoque diferencial para protección y garantía de derechos de grupos étnicos según Auto A 218/06⁹. La Corte privilegia este enfoque diferencial-reconoce la identidad indígena- que se relaciona con la implementación de sistemas de atención en salud.

Una de las características generales de las normas creadas en torno a diversidad étnica, ha sido que se limita al respeto por la diferencia y las tradiciones, lo cual no ha permitido la creación de normas de contenido inclusivo.

La importancia de la creación del SISPI, radica en que finalmente y tras años de concertación, se logró establecer una propuesta sólida, un acuerdo con efectos legales y propósitos duraderos.

1.3.1 Componentes del SISPI

1.3.1.1 Componente Político organizativo¹⁰

⁸ Auto 382/10 CORTE CONSTITUCIONAL-Seguimiento sentencia T-025/04 Y Auto A004709. DESPLAZAMIENTO FORZADO-No avance en implementación de enfoque diferencial para protección y garantía de derechos de grupos étnicos según

⁹ Auto A218/06. Corte constitucional-Medidas de protección a derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados en el marco del estado de cosas inconstitucional en sentencia T-025/04

¹⁰ Propuesta SISPI. Programa de salud Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC 2011

Es el componente que visibiliza la intención de gobernabilidad propia, establece un esquema administrativo, implementado al orden jurídico, dando pautas para la relación con el Estado en temas de salud. Es responsable por la visión a futuro, el control de los recursos, no sólo económicos sino también naturales, investigativos y de talento humano.

Este componente estructura los programas de salud desde el interior de las instituciones indígenas, como los Cabildos a nivel local (zonal, regional, nacional y distrital), también es la que proporciona directrices en la capacitación y orientación política al personal indígena, como también la redefinición de competencias, roles y funciones del programa de salud. En este mismo orden político la conformación de los consejos territoriales de salud local y zonal y finalmente es la que va a construir una puerta jurídica que oriente el reconocimiento del SIS- ley o decreto autónomo en salud de los pueblos indígenas en Colombia y en el Distrito Capital.

Es un componente transversal, pues dado el esquema propuesto de organización y administración, hace hincapié a otros temas como la educación, la cultura, la tradición oral y en general el respeto a sus formas propias de gobierno.

1.3.1.2 Componente modelo administrativo

Es la gestión a través de la cual se logra aplicar el modelo político organizativo, ya que a partir de este componente es que se dan las directrices para el funcionamiento administrativo del sistema de salud (Programa de Salud CRIC, 2011). Por esta razón, es prioridad, diagnosticar infraestructura y equipamiento, para lograr una óptima organización, constitución y buen funcionamiento del Sistema de Salud.

Un aspecto importante, es la actualización de la base de datos demográfica y cartográfica de las comunidades, ya sea en el contexto rural o urbano; esto para tener una geo-referenciación de los pueblos indígenas en todo el país, así como estudios veraces sobre el perfil epidemiológico básico e intercultural, que incluya todas las variables y las condiciones de salud de las comunidades indígenas.

Conforme a lo anterior se podrá planear el presupuesto por zona y la estructuración de Planes locales de salud propia e intercultural por resguardo y por a nivel regional, en las ciudades por localidades, UPZ, territorios, micro-territorios y barrios, con el apoyo de la geo-referenciación y caracterización, contribuyendo así a la parte administrativa del sistema.

Se pretende con esto, mejorar el apoyo Estatal, asegurando que el funcionamiento y lo operativo sea ágil, eficiente y eficaz en dar respuestas a las necesidades en los problemas de salud de las comunidades y de esta forma poder

demostrar la pertinencia y funcionalidad de un sistema de salud indígena propio, con la articulación de otros sistemas que apoyarán al proceso, para ir consolidado una propuesta administrativa indígena con capacidad de gestión y administración desde una visión propia, sin ánimo de lucro, y con la convicción de dar un buen servicio en el cumplimiento de los derechos en salud.

1.3.1.3 Componente Educación y formación integral

Para las organizaciones indígenas el sistema es indígena, porque está edificado desde la cosmovisión de los pueblos, en defensa de su medicina ancestral, de su cultura y de su forma de vivir durante miles de años.

Por lo que este componente es parte fundamental, se pretende conformar centros e investigación, realizando diagnóstico de la situación actual en salud, organizando y formando el talento humano en salud.

También se lleva a cabo la estructuración de un plan de formación integral en salud intercultural: básico, intermedio y profesional (política, atención en salud, agroalimentario y ambiental, psicosocial, nutrición, rehabilitación). Además, se gestiona la conformación y estructuración de una red de instituciones indígenas de formación en salud que integre las universidades, la Universidad Autónoma Indígena Nasa UAIN, la escuela de salud ACIN, Caldono y Tierra Dentro, y de otras regiones que llevan el proceso de formación en salud. Esto permitirá la recolección de materiales y proyectos de investigación, experiencias en salud indígena y de talento humano.

En la parte de educación en salud, también se incluye la ruta jurídica para el sistema, la operativización, resolución interna, relaciones con el Estado, propuesta de ley (requiere ley orgánica de entidades territoriales), implicaciones jurídicas y políticas. Para esto, también se coordinará con el componente político organizativo del SISPI.

1.3.1.4 Atención en medicina propia.

Es la propuesta más importante, es aquí donde se evidencian los puntos de divergencia, pues se debe implementar un modelo de atención diferente al creado en la ley 100 de 1993 y normas posteriores que regulan la prestación del servicio de salud. Se requiere, además de promoción y prevención en temas de salud, la calidad de vida de la persona, de la familia, la comunidad y el territorio; el reconocimiento y respeto a la sabiduría ancestral en los procesos de atención. Esto es elaborar programas propios alrededor del ciclo vital desde la fecundación, el embarazo, parto, crecimiento y desarrollo, juventud, y nuevamente la familia.

De la misma forma, lo que se busca con el Sistema de Salud Indígena es establecer redes de atención ágil y oportuna, para el fortalecimiento de los productos naturales y biológicos, para mejorar el sistema propio con medicamentos naturales, procesados desde el conocimiento propio, sin procesos químicos ni artificiales.

En consecuencia, habrá que fortalecer el esquema planteado en los territorios, pues es donde se presentan los escenarios de atención, como son los centros de desarrollo humano intercultural, que serían los epicentros de atención propia e intercultural del SISPI. Esta misma práctica de ritual, como se explicó en capítulo anterior, tiene relación con la persona y la familia: rituales de protección, armonización y refrescamiento a través de los cuales las personas limpian su ser físico y espiritual, reciben protección y energías positivas, se apartan de fuerzas naturales que pueden generar desarmonía en la comunidad o en la persona.

En la atención intercultural del SISPI, se fomenta la Salud propia, la Protección, la armonización de la población, la atención oportuna de la enfermedad y rehabilitación integral, y la vigilancia en salud pública. De igual manera realiza una adecuación e implementación de la atención primaria en salud intercultural (APSI), como se presenta en la siguiente figura.

1.3.2 Implementación del SISPI

Es importante aclarar, que en el Anexo IV.C.1-1 del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 se acordó la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI y de acuerdo con la ruta establecida con la Subcomisión de salud de la Mesa Permanente de concertación con pueblos y organizaciones indígenas (creada mediante decreto 1973 de 2013), se concertaron as siguientes fases para ello:

1.3.2.1 Fase uno: socialización y retroalimentación de la propuesta de SISPI presentada por los representantes indígenas de la Subcomisión e Salud.

La primera fase, se adelantó durante los meses de octubre a diciembre de 2013, con la realización de ocho reuniones regionales para la socialización, retroalimentación y recomendaciones de los pueblos indígenas para la estructuración del SISPI, en el marco del Convenio 547 de 2013 suscrito entre el MSPS y la ONIC.

1.3.2.2 Fase dos: elaboración del documento base con estructura y contenidos del SISPI para validación en un Congreso Nacional de Salud¹¹.

En la segunda fase (adelantada desde el año 2014 a la fecha 2018) se han adelantado las siguientes acciones en el marco de las sesiones de la Subcomisión de Salud, las cuales contribuyeron con el proceso de construcción del documento base del SISPI:

- Como resultado de un estudio técnico sobre la información reportada de las EPSI al MSPS, proceso que inició en el 2012 y culminó en el 2014 con la expedición de la Resolución 5925 de 2014 donde quedó definida la Unidad de Pago por Capitación-UPC diferencial por valor de 3.04% para el cubrimiento de las acciones en salud desarrolladas las EP-SI.¹²
- Elaboración del documento preliminar que contiene el PLAN DE CUIDADO PARA LA VIDA Y LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, en el marco del componente Cuidado de Salud propia e intercultural, proceso liderado por la Dirección de Promoción y Prevención; en el documento, se incluyen aspectos como la definición de los conceptos de Plan de Intervenciones colectivas-PIC-, Promoción u Prevención, y se propusieron acciones del PIC propias para pueblos indígenas, entre otros aspectos. Documento que aún se encuentra para su aval en el marco de la subcomisión y por lo tanto no ha sido publicado.
- Consolidación del documento “ORIENTACIONES TÉCNICAS CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN INDÍGENA” liderado por la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS, documento que fue presentado y socializado el 19 de septiembre de 2016 ante la Subcomisión de Salud y del cual se espera una nueva revisión para aprobación final por parte de la misma. Documento que aún se encuentra para su aval en el marco de la subcomisión y por lo tanto no ha sido publicado.

¹¹ Congreso Nacional de Salud: hace referencia al espacio de participación en salud de los pueblos indígenas, representados en sus organizaciones nacionales y regionales indígenas

¹² UPC diferencial: casas de paso, guía bilingüe, acciones individuales de medicina tradicional, acciones individuales de promoción y prevención en salud propia, adecuación socio cultural de la medicina no indígena, subsidio y autonomía alimentaria, transporte urbano y rural, transporte intermunicipal terrestre, transporte municipal e intermunicipal fluvial.

- Construcción de manera conjunta del documento GUÍA METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CONTENIDOS DE LOS COMPONENTES E IMPLEMENTACIÓN DEL SISPI, que contiene las fases para el diseño de los contenidos del SISPI. Este documento fue aprobado en la sesión de la subcomisión realizada los días 12 al 14 de diciembre de 2016.
- Elaboración y aval del documento RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. En el año 2017, en el marco de la Subcomisión de Salud, se realizaron dos mesas técnicas del tema, los días 3 de octubre y 2 de noviembre, donde se trabajó técnicamente la ruta. Se ajustaron sus objetivos, y algunos elementos respecto al contenido para hacer mayor claridad en el proceso de implementación y se definió el contenido de la propuesta de Ruta para su posterior validación. Documento que aún se encuentra para su aval en el marco de la subcomisión y por lo tanto no ha sido publicado.
- Elaboración de LINEAMIENTOS PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO QUE PARTICIPA DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, el cual hace parte del componente de formación, capacitación, generación y uso del conocimiento, liderado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, validado en la sesión de la subcomisión de salud del mes de abril de 2018.
- Documento con insumos para la FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA CONCERTADO PARA LA GARANTÍA INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS INDÍGENAS CON DISCAPACIDAD, SEGÚN LAS COMPETENCIAS DEL MSPS EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL, resultado de los encuentros territoriales a través de mesas técnicas paralelas del convenio 528 de 2017, en los departamentos de Caquetá, Vichada, Chocó, Tolima y Huila. Documento que aún se encuentra para su aval en el marco de la subcomisión y por lo tanto no ha sido publicado.
- En proceso de construcción del documento CAPÍTULO indígena del plan decenal de salud pública, basado en la recolección de insumos desde las bases comunitarias a través de cinco encuentros territoriales: ONIC Macro Occidente-Resguardo San Lorenzo Riosucio Caldas, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor La Mesa Cundinamarca, OPIAC en Bogotá D.C, AICO en Pasto-Nariño, desarrolladas en el marco de la Resolución 6434 de 2016. Documento que aún se encuentra para su aval en el marco de la subcomisión y por lo tanto no ha sido publicado

- Ejecución de dos convenios, 528 de 2017 y 126 de 2018, con la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas-ACICAL, para la consolidación de avances efectuados en el ámbito territorial, respecto a modelos de salud propia e intercultural y desarrollos propios en salud; así como el apoyo en el proceso de estructuración del documento base del SISPI y sus componentes, mediante la recolección de información en encuentros territoriales, en asambleas de diálogo y construcción conjunta con la participación de las autoridades tradicionales y sus organizaciones indígenas, las entidades territoriales de salud, las comunidades indígenas, líderes, personas mayores, estructuras organizativas propias, tales como las EPSI e IPSI que han conformado programas de salud de pueblos indígenas.

Posteriormente en el marco del convenio 126 de 2018, se consolidaron estos insumos para estructurar la propuesta de contenidos del documento base del SISPI, propuesta que fue construida, ajustada y complementada en espacios de diálogo con el equipo técnico del MSPS, subcomisión de salud y cinco encuentros territoriales.

- Elaboración y expedición de la Circular 011 de 2018, cuyo asunto es: “Directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e intercultural- SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Esta circular, en el proceso de construcción del documento base del SISPI, forma parte de la abogacía necesaria para la implementación de los contenidos del SISPI en el ámbito territorial, en el marco de las competencias de las Entidades Territoriales en Salud y los actores del SGSSS, e acuerdo con lo establecido en la Ley 715 de 2001.

1.3.2.3. Fase tres: protocolización en la Mesa Permanente de Concertación.

Como se indica en lo aquí expuesto, el documento base del SISPI aún no ha sido aprobado, dado que requiere de revisión, ajuste y aval de la Subcomisión de Salud, para su posterior validación en el Congreso Nacional de Salud¹³ y protocolización en la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas.

¹³ Congreso Nacional de Salud: hace referencia al espacio de participación en salud de los pueblos indígenas, representados en sus organizaciones nacionales y regionales indígenas

1.4 Dificultades en la implementación del SISPI.

Desde la Ley 691, se ha pretendido implementar en la práctica el Modelo de Atención Diferencial, la UPC diferencial, La propuesta de un POS asimilado al contributivo-UPC, esto si la Ley 100 de 1993 se mantiene, el sistema de información ajustado, un sistema de calidad adecuado, y la presentación de la propuesta ante la Superintendencia y el Ministerio de Salud.

Aunado a ello, en todo el territorio nacional, desde la creación de la mesa nacional de salud, se ha venido trabajando la propuesta de construcción de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI¹⁴. Este sistema está pensado para ser implementado desde muchas cosmovisiones indígenas de Colombia, para así generar un sistema de salud indígena propio, unificado para todos los pueblos, “basado en la relación de armonía y equilibrio de los recursos y las relaciones entre el conjunto de la comunidad y de ésta con la naturaleza y los espíritus, todos estos aspectos vivenciados en la cosmovisión, las normas y las prácticas culturales de cada pueblo, lo cual a la vez genera aceptación y bienestar en todos los órdenes o ámbitos de la vida “(CRIC,2011).

En conjunto, se tienen sentados los puntos, concertados los temas clave y encaminada dicha visión a la materialización del SISPI, pese a ello la evaluación de resultados, demuestra otra cosa.

1.4.1 Informe de la Comisión Técnica Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación CTNSPI-MPC.¹⁵

Es uno de los informes de la Mesa Nacional de Concertación, que presenta los avances y dificultades del proceso de consolidación de la política de salud indígena en el contexto nacional, que permiten evidenciar la falta de acuerdo con la visión de los sistemas de salud, el SGSSS y el SISPI.

Es importante aclarar que en la medida que avanza la política de salud para la población en general, existe una mesa que también avanza en el proceso de

¹⁴ Plan de vida de las comunidades indígenas del Cauca. Programa de salud CRIC.2007

¹⁵ Informe de la Mesa Nacional de Salud, de la Mesa de Concertación, a julio de 2012. Avances sobre el SISPI

seguimiento y construcción de una propuesta propia en salud. Así pues, la Mesa Nacional de Salud ha venido laborando con los diversos pueblos de Colombia en busca de avanzar en la reglamentación de un Decreto y los primeros lineamientos de las políticas de salud indígena.

De acuerdo con la categorización que se le viene dando, se da a conocer primero el origen de la comisión y avances de esta: hacer las delineaciones de puntos comunes para la construcción de una política de salud para los pueblos indígenas. Asamblea Nacional de Salud, realizada en el Municipio de Villeta, Cundinamarca, en mayo (ONIC, 2010).

Como segundo punto en el Plan Nacional de Desarrollo de la Bogotá Humana, 2012-2016, se incluyó propuestas de salud indígena dentro el programa de garantías.

Finalmente, se pudo acordar la elaboración de un capítulo indígena de salud pública. Pero este mismo avance tienen grandes dificultades a saber: un primer punto ha sido la falta de mayor flujo de información para conocimiento de las autoridades indígenas regionales sobre el proceso de la Comisión.

Un segundo punto ha sido la falta de un mayor acompañamiento y apoyo del Ministerio de la Protección Social MPC, como también ha faltado un mayor compromiso de parte de algunas EPS indígenas. Para superar todas estas barreras en el avance de la construcción del SISPI, desde la Mesa se propone la posibilidad de lograr unificar criterios para lograr una mayor articulación de los procesos, tanto los de la Comisión de salud como las de la MPC, las EPS e IPSI.¹⁶

1.4.2 Administración y Gestión desde el SISPI.

El conflicto central se ha dado en torno a la administración y gestión del SISPI, pues, aunque se ha avanzado en el acuerdo con el Ministerio de Salud en la elaboración de un Decreto de habilitación transitoria de las EPSI, concertado con las autoridades indígenas y hasta que se construya el SISPI, de la misma manera, se ha gestionado la necesidad de una UPC diferencial e IPSI para avanzar el proceso administrativo y de atención intercultural, mientras avanza la propuesta de Decreto- Ley del SISPI.

Las dificultades radican en:

¹⁶ ONIC, 2011. Mesa Nacional de Salud Indígena. Bogotá

- Dos años después (2010-2012) todavía no se ha podido materializar claramente los acuerdos que se realizaron entre la Mesa Nacional de Concertación Indígena y el Ministerio de Salud al incluir en el Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014) “prosperidad para todos”, la permanencia de las EPSI y las IPSP;
- No se han fortalecido los programas de salud de las organizaciones indígenas.
- No se ha cumplido en la expedición del Decreto de habilitación,
- No se ha cumplido en el Decreto para la UPC diferencial propuesto en la Mesa Nacional de concertación indígena.

Como propuesta se viene trabajando la construcción de la estructura funcional del SISPI y la ruta jurídica del sistema, pero lastimosamente la situación de mayor obstáculo que existe entre la Mesa Nacional y el Ministerio de Salud para avanzar es el tema presupuestal. El Ministerio ha insistido que los recursos del SISPI deben garantizar la construcción de la propuesta de salud pública indígena. La Mesa Nacional propone la definición inmediata del presupuesto para iniciar el proceso de elaboración del capítulo indígena de salud pública, como también hacer parte del Plan decenal de Salud Nacional y Distrital.

2. Capítulo 2.

Sentidos y contrasentidos de políticas públicas en salud indígena.

Previo a identificar puntos de convergencia y divergencia en sistemas y políticas públicas de salud propia, es necesario plantear un esquema de conceptos específicamente a lo que de políticas públicas se trata.

Se parte de la necesidad de concertación y participación de los pueblos, de tal manera que su pensamiento logre traducirse de manera fiel, y en tal sentido, logren constituirse normas adaptadas a su sistema de pensamiento y no, como ha sido hasta ahora, un sistema de pensamiento minimizado ante una legislación apabullante, doctrinal y retórica. Para ello se requiere en primera medida, comprensión e incorporación del lenguaje y en segunda medida, una convergencia en los procesos de gobernabilidad, interculturalidad y justicia; lo que en palabras de sus autoridades se traducen en “planes de vida”.

En la creación de políticas públicas, el derecho mayor es el punto central, propone una nueva gobernanza para el Estado y un respeto de gobernanza propia que data de años de construcción de pensamiento.

2.1 Teorías sobre confrontación de perspectivas en construcción de políticas públicas

Se requiere plantear los extremos y límites que rodean la construcción de una política pública, pues como se ha manifestado, es importante identificar el enfoque diferencial que debe tenerse en cuenta sobre salud indígena, para luego confrontar y finalmente encontrar puntos de convergencia y divergencia entre una visión y otra.

La primera teoría, surge del reconocimiento que *"...apenas comienza el debate y la investigación e la academia colombiana sobre las implicaciones del tema racial, de la etnicidad y de género en la elaboración y aplicación de políticas de Acciones Afirmativas en contextos multiculturales."*¹⁷

Por consiguiente, se hace necesario reconocer las experiencias que se vienen desarrollándose a nivel nacional y local para comprender sus significados para el futuro de acciones políticas que parte del estudio serio que permite aprender de procesos anteriores, corregir errores, agilizar gestiones y forjar proyectos cada vez más amplias y profundas. Al respecto se ha observado que las relaciones sociales *"pueden estar influenciadas o condicionadas por las normas institucionales y la acción política. Es aquí donde se puede hablar de multiculturalismo, como el reconocimiento político de la diferencia bajo los principios de igualdad y diferencia multiculturalismo es entendido como el conjunto de políticas que se despliegan en el ámbito del Derecho, no es único ni estático, sino que se debe entender desde una perspectiva meta-cultural, esto es, como una articulación histórica y contingente (no estática), asociada a un régimen de verdad que se corresponde con las relaciones de saber y poder."*¹⁸

Entendida de esta manera, el multiculturalismo representa una redefinición significativa tanto de la conceptualización misma de los deberes del Estado, como de las relaciones sociales entre diferentes individuos y grupos. Se considera que "las relaciones de saber y poder " a que se refieren los autores resultan ser en especial pertinentes para la discusión de la política pública indígena, ya que la salud constituye un área al cual históricamente las comunidades originarias han consignado gran importancia que se refleja hasta el presente en la autoridad de los sabedores de salud. Este punto se considerará con mayor detalle más adelante.

¹⁷ Roth y Wabgou. 2009:26

¹⁸ Ibidem

Otra teoría, plantea Bottom-Up¹⁹ de Elmore (1979) con el cual critica el enfoque Top—Down por considerar que reúne varias debilidades y constituye una visión de sociedad que niega y/o ignore la posición y las acciones de grandes colectividades. Esta idea resulta ser fundamental para la discusión de nuestra investigación de la política pública indígena, ya que este modelo supone que la definición de la política pública debe iniciarse en los niveles sociales primarios para lograr un proceso que fortalece la comprensión de la organización como un elemento esencial para el diseño, implementación y posterior análisis de la política pública, reconociendo lo que ocurre en la relación personal entre los burócratas de primer piso y quienes son beneficiados por la política (Revuelta, 2007). También se puede considerar que se ubica dentro de las teorías de participación democrática en las formas deliberativas y argumentativas de las políticas públicas, como el resultado de interacciones sociales y democráticas para la toma de decisiones de abajo hacia arriba, tal vez es el enfoque o modelo que mayor se compagina con las prácticas de las comunidades indígenas de Colombia.

Analizado desde el plano actual Colombiano puede decirse que éste modelo es el que describe la situación de los pueblos indígenas de Colombia, pues como afirma el autor *“mientras más rígida sea la estructura legal, o mientras mayor sea el uso de múltiples instrumentos de política convencional, existe menor posibilidad de lograr una implementación exitosa...mientras más democrática sea la organización, más eficiente será. Implementación como conflicto y negociación. La idea es que existe un proceso permanente de negociación e influencia entre los actores sociales y políticos. Así, la expectativa de beneficios se maximiza mientras los actores permanezcan en la arena de negociación. El éxito o fracaso de la implementación es relativo y está relacionado con los intereses de cada uno de los participantes”* (Elmore, 1979).

Esta se relaciona directamente con el principio de autonomía de los pueblos indígenas, cuyo principal propósito es la gobernabilidad propia, la necesidad de ser partícipes directos en la construcción de políticas y en su ejecución, como también la necesidad de un permanente diálogo, de acercamiento y de construcción, donde verdaderamente las políticas no sean diseñadas sólo desde los burócratas, sino desde la comunidad.

Es por ello por lo que, se considera que representa una nueva gobernanza, que permite, privilegiar e impulsar la interacción, primero entre quienes han sido vistos tradicionalmente como 'receptores' de la política pública y en segundo lugar entre estos y los sectores antes percibidos como 'gestores'.

¹⁹ <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/viewFile/308/244>

Esta teoría resalta la importancia de las ideas y del discurso de los acares que intervienen en la política pública y también de los escenarios de transformación de acciones y pensamiento; como se aporta a la comprensión del proceso de desarrollo de la implementación de la política pública indígena.

2.2 Conceptos para plantear políticas públicas propias.

Previo a identificar puntos de convergencia y divergencia en sistemas y políticas públicas de salud propia, es necesario plantear un esquema de conceptos específicamente a lo que de políticas públicas se trata.

En primer lugar, la cultura, es un conjunto de creencias y prácticas, por los que una comunidad se desarrolla; generando así sistemas propios de costumbres, tradiciones, funciones e intercambios sociales. En relación a esto se construyen también los lazos sociales, políticos y económicos, que generan formas de gobernó.

Ahora bien, en la historia de la humanidad, han convivido distintas culturas en un mismo territorio, esto es multiculturalismo. El Estado Colombiano, es multicultural, pues no sólo se habla de convergencia cultural, sino que además, existen medios jurídicos de defensa y derechos que asisten especialmente a los grupos culturalmente diversos.

Sin embargo, existe tensión entre la aplicación universal e los derechos humanos y el respeto por la diversidad y autonomía de los pueblos; la cual ha sido resuelta en cada caso particular, con la participación de las comunidades, por lo cual resulta indispensable una convergencia que permita tanto la aplicación de los derechos, como la protección de la diversidad más allá del mero respeto de la diferencia y esta transformación sólo se logra a través de un enfoque diferencial, que elimine inequidades, que reconozca el aporte de identidad y la humanidad de los pueblos indígenas de Colombia. (CEPAL, 2007).

Por tanto, el Estado Colombiano, debe desarrollar un régimen especial de derechos colectivos que amplíen el ejercicio de la ciudadanía y respondas a las siguientes categorías, que ha propuesto la CEPAL:

1. No discriminación.
2. Integridad cultural.
3. Propiedad, uso, control y acceso a las tierras y recursos.

4. Derecho al desarrollo y bienestar social.

5. Derechos de participación política: consentimiento libre, previo e informado.

De allí parte la importancia de que las políticas públicas trasciendan los límites de pobreza y vulnerabilidad de las comunidades indígenas y se transformen en el concepto de interculturalidad; que son las relaciones e interrelaciones entre culturas, de tal manera que puedan coexistir, sin que una u otra impacten o afecten los derechos de los que cada una goza.

La interculturalidad, implica diálogo de saberes, participación y negociación en igualdad de condiciones. Es entonces una estrategia para formular arreglos prácticos en los asuntos que competen a las comunidades dentro del Estado, 'tal como lo describe Chantal Moufle (1995): la interculturalidad es un proceso de construcción dinámico, en el que se implementan medidas de balance entre culturas.

2.3 Aplicación práctica de políticas públicas en salud.

Investigaciones previas, adelantadas en Latinoamérica, han demostrado que sí es posible la concertación en torno a los principios de ordenamiento indígena para lograr una efectiva implementación de políticas públicas. Si bien no ha sido un proceso fácil, debe resaltarse como una parte trascendental, la flexibilidad de las políticas de Estado y que desde su organización se abra la posibilidad a que nuevos actores intervengan en la creación de políticas públicas. Tal ha sido el caso de países como Bolivia y Ecuador, como nos muestra en sus estudios Meentzen, cuando afirma:

"Hoy en día, y a diferencia de las décadas pasadas, los pueblos indígenas de América Latina desean participar con mucha mayor intensidad en los acontecimientos políticos, sociales y económicos de sus países. Mientras tanto, estas reivindicaciones indígenas - independientemente de si se trata de población mayoritaria o minoritaria- son presentadas con un grado de autoconfianza notablemente mayor. Esto no sólo plantea desafíos a los indígenas, sino también en igual medida a las estructuras políticas de los países democráticos, que no suelen estar preparadas para ello" (Meentzen, 2009: 9).

En tal sentido los nuevos gobiernos deben propender por algo más allá del reconocimiento de la diversidad, se deben tomar medidas sobre las garantías en la pluralidad, se debe trazar una brecha entre las antiguas tendencias al pensamiento colonial, se debe implantar un pensamiento de ordenamiento autónomo que sea acorde

con los cambios que rápidamente se presentan en la sociedad actual, que llevan cada más a la gobernabilidad desde la diferencia.

Los estudios que tratan sobre políticas públicas indígenas y en particular, sobre salud indígena, adelantados por instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Organismos no Gubernamentales (ONG's), dan un plano general de los problemas de las comunidades indígenas, sin embargo, el planteamiento no ha pasado más allá de proponerse como un tema humanitario, de salubridad, de nutrición y no ha sido empoderado por los gobiernos, particularmente por los países de Latinoamérica, donde el porcentaje de población indígena es considerablemente mayor que en el resto del mundo.

Por su parte, en Colombia, se han realizado durante los últimos años, acercamientos importantes a los temas indígenas, y en su mayoría, se ha concluido la necesidad de crear políticas públicas que abarquen plenamente las problemáticas planteadas por los pueblos indígenas a través de sus autoridades. Es así como los pueblos indígenas organizados se han puesto en la tarea de hacer un seguimiento a los problemas planteados para dar a conocer aspectos importantes que permitan a los creadores de políticas públicas, integrar la normatividad jurídica en salud, atención, promoción, prevención, y servicios de salud, donde cada área se acerca a un análisis cuantitativo y cualitativo. Estas investigaciones son las que nos pueden dar idea de los avances o dificultades que se tienen para la construcción e implementación de una política pública en salud para poblaciones indígenas en los Estados plurinacionales o pluriculturales (Sousa, 2010).

Ahora bien, trascendiendo la línea del deber ser, revisaremos en el presente análisis, el cumplimiento e implementación efectiva de políticas públicas, partiendo de afirmar que a pesar de algunas ambivalencias²⁰ y giros gramaticales las políticas públicas expedidas son consistentes en su formulación culturalista y su marcada visión multicultural, en tanto se trata como factor el respeto por la diferencia y las tradiciones, sin embargo, no se evidencia en la práctica que se apliquen las mismas, toda vez que las instituciones encargadas de su aplicación directa no cuenta con los recursos administrativos, financieros, ni conocimiento del derecho mayor.

Además se ha constatado que existe un recurrente bloqueo político que impide la realización de los derechos. En estos casos, la rama judicial, en

²⁰ Borrero, Camilo. 2014

instancias jurisprudenciales, aparece como el único órgano del Estado con la independencia poder para poner en marcha la protección efectiva de los derechos de los pueblos indígenas. Tal es el caso de la Corte Constitucional pasó de juzgar la política pública y dar lineamientos para fortalecer la política pública existente, a construir indicadores que permitan medir el progreso de los esfuerzos para superar el Estado de Cosas Inconstitucionales y, finalmente, a exhortar al diseño de una nuevas políticas, que incluye programas de protección y garantías para grupos en vía de extinción, esto como meta de planeación.

Si la acción judicial y la legislativa operan de la mano, sus efectos, en lugar de ser antidemocráticos, son dinamizadores y garantistas, contrario al papel entorpecedor que juegan algunas oficinas del gobierno en materia del derecho de los pueblos indígenas, al pretender inclusión, en lugar de gobernabilidad propia, como es el caso el caso del sistema de seguridad en salud.

Esta práctica recurrente nos lleva a señalar la primera tensión de la que surge con ocasión al derecho a la salud, pues se plantean dos posiciones extremas, la primera tensión se da por aquellos que consideran a los pueblos indígenas plenamente autónomos y por tanto suponen innecesaria la intervención del Estado y la segunda, en la que se les ve como ciudadanos del Estado con las mismas garantías, derechos y condiciones de todos los ciudadanos. Sin embargo, aunque es la tensión más recurrente, no es la más relevante.

En los estudios de políticas públicas en salud, coinciden en tres tensiones permanentes como las más significativas:

1) El conflicto entre el reconocimiento de los conceptos de salud propia al sistema de pensamiento indígenas y el sistema de seguridad social en salud planteado desde la ley 100 de 1993.

2) El conflicto entre los derechos de autodiagnóstico de los pueblos indígenas para determinar, prácticas y procedimientos de medicina ancestral y la implementación de planes de promoción, prevención y atención primaria de medicina facultativa.

3) El conflicto entre las facultades otorgadas a los pueblos indígenas, para organizarse políticamente y conformar EPS-I y el sistema judicial de la cultura dominante, en el que a falta de cobertura en salud propia, impone la inclusión en el sistema de seguridad en salud general.

En ese orden de ideas, se identifica como un aspecto convergente la legitimación del sistema de pensamiento complejo de las autoridades espirituales y tradicionales indígenas acerca de la salud, como una parte del derecho mayor,

que constituye la base desde la cual los pueblos vivencian su relación con el territorio ancestral, el ordenamiento normativo mediante el cual se dicta mandato, la manera como se transmite los conocimientos y las practicas almacenados en el recinto de la memoria ancestral y que de conjunto constituyen una práctica consuetudinaria de cumplimiento del mandato original recibido de sanar, reparar y corregir cantando para sostener el equilibrio de todo cuanto existe.

2.4 Efectos de aplicación de políticas públicas para pueblos originarios.

Teniendo en cuenta que los pueblos originarios de Colombia han expresado su interés por constituir una fuerza unificada a manera de consejo de autoridades, que les permita observarse de manera crítica frente a la sociedad nacional y a las decisiones que afectarán sus territorios, su sistema de pensamiento y la preocupación por mantiene vivas las tradiciones y prácticas de medicina ancestral, planteo una reflexión en torno al pensamiento complejo de las comunidades indígenas a través de la construcción de espacios físicos de práctica y discusión de tradiciones de salud propia.

Habiendo estudiado el proceso adelantado frente a la construcción de políticas públicas, el panorama no ha cambiado; ya que los planes de desarrollo de nivel departamental, regional y municipal, que les competen aunque los reconocen como sujetos de derechos, no los incluyen como planificadores y sabedores de un territorio que han habitado ancestralmente; los pueblos originarios, en general, no cuentan con mecanismos eficaces y eficientes, menos aún con la infraestructura, o los recursos financieros en las instancias de financiación para desarrollar iniciativas que fortalezcan su sistema de pensamiento, salud, educación y gobernabilidad propios, que garanticen la pervivencia y la protección del patrimonio inmaterial que representan.

Se requiere plantear los extremos y límites que rodean la construcción de una política pública, pues como se ha manifestado, es importante identificar el enfoque diferencial que debe tenerse en cuenta sobre salud indígena, para luego confrontar y finalmente encontrar puntos de convergencia y divergencia entre una visión y otra

Por consiguiente, se hace necesario reconocer las experiencias que se vienen desarrollándose a nivel nacional y local para comprender sus significados para el futuro de acciones políticas que parte del estudio serio que permite aprender de procesos anteriores, corregir errores, agilizar gestiones y forjar proyectos cada vez más amplias y profundas. Al respecto se ha observado que las relaciones

sociales "pueden estar influenciadas o condicionadas por las normas institucionales y la acción política. Es aquí donde se puede hablar de multiculturalismo, como el reconocimiento político de la diferencia bajo los principios de igualdad y diferencia multiculturalismo es entendido como el conjunto de políticas que se despliegan en el ámbito del Derecho, no es único ni estático, sino que se debe entender desde una perspectiva meta-cultural, esto es, como una articulación histórica y contingente (no estática), asociada a un régimen de verdad que se corresponde con las relaciones de saber y poder."²¹

Entendida de esta manera, el multiculturalismo representa una redefinición significativa tanto de la conceptualización misma de los deberes del Estado, como de las relaciones sociales entre diferentes individuos y grupos. Se considera que "las relaciones de saber y poder " a que se refieren los autores resultan ser en especial pertinentes para la discusión de la política pública indígena, ya que la salud constituye un área al cual históricamente las comunidades originarias han consignado gran importancia que se refleja hasta el presente en la autoridad de los sabedores de salud.

Uno de los retos más ambiciosos que tienen los pueblos indígenas es iniciar el proceso de la buena Planeación- Administración-Gestión, diagnóstico de infraestructura, equipamiento, así como la actualización de base demográfica y cartográfica, perfil epidemiológico básico e intercultural y en tal sentido crear un sistema de información diseñado y adecuado, es lo que llevaría a desarrollar adecuadamente los componentes contemplados en la propuesta del SISPI.

Se tiene entonces, que la encrucijada de la salud indígena, no se trata de un problema solamente semántico, es decir, no se trata de la incomprensión de lenguaje, de tradiciones o de cultura, se trata de un problema estructural, que tiene que ver con la eugénesis, pues desde tiempo atrás lo que se ha entendido como respeto a la diferencia, es en la práctica, una exclusión negativa.

²¹ Ibidem

3. Capítulo 3

La Salud en el Sistema de pensamiento de los pueblos originarios.

La medicina tradicional, es un componente esencial de la cultura indígena, es producto de la tradición oral y riqueza ancestral, es el punto donde converge el aspecto físico, psíquico y espiritual del hombre, es la conjunción de saberes y prácticas que relacionan la naturaleza y su poder sanador.

Los consejos para ciertos pueblos, como los UWAS, Wiwas, Arhuacos, Kogis, Paeces, entre otros, son espacios de construcción de pensamiento y están orientados a transmitir a la población y a los jóvenes, los códigos inherentes a sus tradiciones y los comportamientos que deben “guiar las acciones de quienes hacen parte de su comunidad, como no transgredir la naturaleza, respeto por el cuerpo y la sexualidad, evitar el maltrato, el robo, ser guardianes de las lagunas y los ríos y resolver a través del diálogo los conflictos entre ellos”²² ; el cumplimiento o falta de éstos consejos, influyen en la ausencia o presencia de enfermedades.

²² Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales U'wa. U'wa Chinta. Cubará, Boyacá. 1996

Así es como los consejos actúan como mecanismo de control social. Considera el investigador Hugo Pórtela que “cuando se transgreden las normas, hay desórdenes que repercuten en la sociedad y los individuos, hay acumulación de amenazas y los especialistas de la senso-percepción o los thewalas, empiezan a sentir en sus cuerpos síntomas de una circulación trastornada, en el individuo aparecen las visiones que causan susto, disfunciones orgánicas, malas cosechas y muerte de los animales”.²³

3.1 Territorio y territorialidad.

La presencia de comunidades indígenas en el continente Americano, ha sido de hace más de 45.000 años²⁴, aquí han florecido civilizaciones, con un manejo de ciencias como la matemática, la arquitectura, la alquimia, entre otras. Durante mucho tiempo, los pueblos dieron tratamiento a las enfermedades que se presentaban entre su gente. Con el proceso de colonización, la medicina propia perdió su importancia y fue lentamente desplazada por la medicina “occidental” o facultativa.

El Territorio encierra todo el pensamiento y la cultura, es allí donde se considera que se ha gestado la existencia y todo lo que implica ser Indígena, desde el momento de origen del mundo y la creación. Por eso cada Territorio tiene una connotación espiritual y es sagrado para quienes lo habitan (Barbosa, 2014)

Para muchos pueblos que conservan sus tradiciones médicas, la salud es fruto del equilibrio bio-socio-ambiental y cultural, la enfermedad aparece cuando se ha roto punto de equilibrio de éste. Lo que caracteriza a la “Pacha Mama”, es el equilibrio; cuando éste es transgredido por el incumplimiento a los “pagamentos”, los rezos o “confesos”; o porque no se han respetado sus leyes de control social y cuidado de la naturaleza, estas son amenazas se traducen en epidemias y enfermedades que se apropian del cuerpo y del territorio de los miembros de la comunidad.

“El medio del corazón, medio del mundo, es el que maneja todo, por eso no es explotable ni violable, muchos no saben cómo cuidar. Por eso los ríos están muy

²³ Hugo Portela y Herinaldy Gómez. *La cultura médica en la cosmovisión Páez*. En: Cultura y salud en la consagración de las Américas. Edición/ compilación. Instituto Colombiano de Antropología, Colcultura y Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli. Bogotá D.C. Pág. 93

²⁴ Barbosa, R. 2011. *El orden del todo; Sierra Gunnawindwa Chundwa, un territorio de memorias, tendencias y tensiones en torno al ordenamiento ancestral*.

bravos, no respetan las hamacas (puentes colgantes); ni gobierno es capaz de retener eso; nos están llevando mucha autonomía y muchos materiales del espíritu de nosotros; hoy tenemos que asegurar...”²⁵.

Baste simplemente observar en campo que el conocimiento acumulado de los pueblos originarios tiene su fundamento en la “Memoria ancestral” y adquiere fuerza de vida en los mecanismos y prácticas cotidianas comunitarias de transmisión de saber. La pérdida del control del territorio ancestral por parte de las autoridades tradicionales y de los cabildos, la degradación de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos y los procesos de presión sobre los territorios ancestrales indígenas han generado un riesgo inminente a la tradición, afectando la vida social, ritual y la armonía espiritual de los pueblos originarios en Colombia (Barbosa, 2010). Esto, sumado a la descomposición y disgregación social, la aculturación y abandono paulatino del uso de la lengua original, de la memoria ancestral histórica, de la tradición y de la cultura han abonado el campo para la pérdida de la gobernabilidad por parte de las autoridades ancestrales tradicionales, que se han sometido junto con sus pueblos a la avalancha de nuevos agentes y actores sociales, atraídos por las ofertas económicas de la iniciativas públicas como “Proyecto de construcción de la gran variante sector Coveñas en el municipio de Tolú”, e iniciativas privadas como la pervivencia de la gran hacienda, los megaproyectos agroindustriales o minero energéticos.

La presión sobre las estructuras tradicionales de regulación y control interno, debilita progresivamente el ejercicio autónomo de la autoridad y del control territorial. Sabemos que los pueblos originarios ejercen un tipo de educación basada en la experiencia y la tradición oral, la cual transmite y fortalece la estructura familiar tradicional y la comunidad en su totalidad. Con el apoyo de los abuelos mayores encontramos que uno de los ejes temáticos más importantes es el de la memoria ancestral y transmisión del saber; su fortalecimiento interno permite el restablecimiento de las estructuras familiares tradicionales como parte del ordenamiento ancestral del territorio (Barbosa, 2011)».

3.2 Pensamiento ancestral

Es la visión indígena sobre las leyes del origen, tema complejo de enmarcar, puesto que no ha sido un tema desarrollado en el contexto político y social de la

²⁵ Lopez Austin. 1989.p.304

“cultura occidental”. La comprensión de estas leyes, requiere de un esfuerzo para desglosar lo que está en la tradición oral, los mitos.

La salud vista a partir de la cosmovisión indígena, implica la armonía de todos estos factores, que son de orden social, físico y espiritual. Parte de buenas relaciones en comunidad, del favor de los espíritus, de la producción, del mantenimiento de las Leyes de origen y de un territorio propio y suficiente. Por muchos años los indígenas se adaptaron al medio que hoy habitan; desarrollaron tecnologías propias que les permitieron su subsistencia; su ordenamiento social correspondía a sus creencias y cultura; además con la incursión de otras culturas desarrollaron procesos interculturales que hasta el día de hoy han garantizado su supervivencia física y cultural²⁶.

La salud para los indígenas, más allá del ideal socio jurídico actual, no es la ausencia de enfermedad ni un estado de bienestar físico, psíquico y social, sino que implica, además, un proceso complejo, en el cual intervienen factores tradicionales como la cosmovisión, las costumbres, el territorio y la situación sociocultural de las comunidades.

“Para definir el significado de salud nosotros partimos de la herencia ancestral, desde la cultura y del concepto básico del equilibrio- armonía, el cual implica las relaciones adecuadas de todos los elementos vivos y muertos en la naturaleza del universo”.²⁷

La salud vista a partir de la cosmovisión indígena, implica la armonía de todos estos factores, que son de orden social, físico y espiritual. Parte de buenas relaciones en comunidad, del favor de los espíritus, de la producción, del mantenimiento de las Leyes de origen y de un territorio propio y suficiente. Por muchos años los indígenas se adaptaron al medio que hoy habitan; desarrollaron tecnologías propias que les permitieron su subsistencia; su ordenamiento social correspondía a sus creencias y cultura; además con la incursión de otras culturas desarrollaron procesos interculturales que hasta el día de hoy han garantizado su supervivencia física y cultural²⁸.

²⁶ Jiménez, David Andrés (2000). Chamanismo: el otro hombre, la otra selva, el otro mundo. Entrevistas especialistas sobre magia y la filosofía amerindia.

²⁷ Ibid..

²⁸ Jiménez, David Andrés (2000). Chamanismo: el otro hombre, la otra selva, el otro mundo. Entrevistas especialistas sobre magia y la filosofía amerindia.

3.3 Prácticas técnicas y procedimientos de intervención integral.

Los métodos de prevención y curación de la medicina tradicional son diversos, dependiendo del propósito; consisten en, pagos, confesiones, aseguranzas, y adivinanzas, yagé y las tumas o piedras; existen otros que varían de pueblo a pueblo.

3.3.1 Confesiones.

Es realizado por las autoridades de cada comunidad, de manera individual y colectiva, se reúnen con el fin de inventariar el tipo de malestares y saber qué tipo de agravio se presentó sobre el ambiente y la comunidad. Es allí donde se evidencia cómo están íntimamente vinculados los aspectos fisiológicos con los éticos; la confesión es el método de restablecer la armonía del individuo con las divinidades y retornar el organismo a su equilibrio interno.

Es un mecanismo para restablecer el equilibrio quebrantado y evitar que se afecte la salud, las cosechas, entre otras. Se asemeja a limpiar del cuerpo y del territorio o como elemento preventivo, donde se busca pagarle a la madre tierra por los beneficios que ella ha otorgado a la comunidad en función de las lluvias, las buenas cosechas, la inexistencia de plagas y las no enfermedades.

Los pagos se hacen con piedras u otro tipo de ofrendas, según sea el caso, restitución, agradecimiento o petición.

“Por eso cuando hoy en día nosotros cortamos árboles y quemamos leña, primero pagamos y después utilizamos ese material. Así como se debe pagar para que llueva (...) siempre pagamos por ellos”.

3.3.2 Aseguranzas.

Cambian de comunidad a otra, dependiendo de los términos de expresión ritual. Se conciben como un nivel superior dentro del sistema médico, se pueden entender como la materialización de los pagos. Es un tipo de limpieza espiritual. En pueblos como los Arhuacos, Kogis y Wiwas, las aseguranzas las garantizan los mamos, quienes son las autoridades superiores, posterior a los pagos con el fin de proteger y equilibrar el territorio; algunas se realizan desde temprana edad como los collares o amuletos.

3.3.3 Adivinanzas.

Son un esfuerzo de trascender la realidad y proyectarse al infinito de la cosmogonía ancestral para crear comunicación con otros mundos y deidades espirituales y así conocer con anterioridad los males sobrevinientes.

3.3.4 Tumas o Piedras.

Completa el círculo de los rituales preventivos y curativos. Algunas autoridades las conciben como efectivos agente patógenos y otros como medios de aseguramiento y de prevención de enfermedades. Son los puntos de conexión entre lo pretérito y lo existente, aproximan a los hombres de hoy a sus antepasados, dependiendo del color de ellas se puede definir su funcionalidad.²⁹

²⁹ Ver Konrad Theodor Preuss. En: Visita a los indígenas Kagaba de la Sierra Nevada de Santa Marta. Observaciones, recopilación de textos y estudios lingüísticos. Instituto Colombiano de Antropología. Traducción María Mercedes Ortiz. 2da Parte. Pág. 190.

3.3.5 Cantos y Bailes.

Representan expresiones curativas, porque constituyen fortaleza y teluricidad mágica sin comparación. Éstas actividades conectan a sus participantes con los espíritus creadores: *“Yagshowa entregó un material para manejar con la historia, canto, soplo, ayuno, rezo, pensamiento, política (...) con todas las ceremonias Uwa, por eso los Uwa sostienen todo esto y no acaba la cultura, por eso cuidan el mundo, el firmamento y el petróleo, que es la sangre de la madre tierra”*.³⁰

En las danzas y los cantos, se unen el deseo y la pulsación omnímoda de integrar todos los elementos del cosmos; para el médico que canta es primordial alejar todo aquello que causa males, se invocan antepasados para que las lagunas, ríos, animales, cosechas y el cuerpo humano no sean víctimas de las pestes y todo agente del mal.

3.3.6 Partería indígena:

Posibilita el cuidado de la vida y el fortalecimiento del tejido familiar y comunitario³¹, se parte de la cosmovisión de cada pueblo y en suma de las tradiciones de medicina ancestral más importantes.

3.4 Médicos tradicionales: ordenadores del equilibrio cósmico.

3.4.1 Chamanismo:

El chamán, thewala o mohán, además de curar problemas en salud, atienden problemas sociales, culturales y económicos. Su trabajo desde épocas prehispánicas ha sido enfocado a los intereses materiales y espirituales. En el siglo XX fueron perseguidos por la iglesia, ya que eran considerados agentes del demonio, además del liderazgo que tenían dentro de las comunidades.³²

Los poderes del chamán están relacionados directamente con la capacidad espiritual, de la tradición oral y de las artes tradicionales. Para su elección debe existir cierta predestinación.

³⁰ Uwa Chinta. Op. Cit

³¹ Onic, Partería indígena, saber propio que garantiza la vida, 2017.

³² Herinaldy Gómez y Hugo Portela. Op. Cit.

3.4.2 Espiritualidad:

Es la capacidad de entender, sentir y ver seres espirituales y deidades propias de un contexto cultural. Algunas comunidades como Nasa y Pijao, comparten su devoción por las deidades cristianas, sin dejar de delegar a sus espíritus ancestrales el lugar que ocupan en el orden universal. Quienes tienen este “Don”, tienen la responsabilidad de representar al género humano ante las deidades cuando se violan las leyes de Origen y de la madre tierra.

Es la base de la explicación de la causalidad, manejo y sanación de muchas enfermedades, pues incluye la concepción del espíritu de la naturaleza, territorio, cosechas, animales y miembros de la comunidad, actores que ocupan un lugar jerárquico en el mundo espiritual.

3.4.3 Sobandería, partería y yerbatería:

En éste grupo se encuentra el mayor número de practicantes de la medicina tradicional, son quienes aplican sus dones y prestan su servicio, superando las complicaciones de dispersión geográfica, poca accesibilidad, precariedad económica e identidad cultural. Ellos trabajan como mantenedores del equilibrio y planifican y promocionan la salud dentro de sus comunidades.

La facultad de ser médico tradicional no se determina con el nacimiento o el crecimiento del indígena, ésta potencia su condición que viene predestinada desde la concepción; esta condición exige a quien escoge su camino, capacidades y formación excepcionales.³³

Es justo en éste punto donde debe enfatizarse el punto de equilibrio entre ambos sistemas de salud, es aquí donde deben implantarse los procesos de adecuación sociocultural.

3.5 Mandato del derecho mayor.

La jurisdicción especial indígena es el resultado del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural que el Estado Colombiano admite luego de la Constitución de 1991, estableciendo que el carácter pluriétnico y multicultural debe protegerse y respetarse. Sin embargo, más allá del ámbito jurídico doctrinal,

³³ Rosalba Jiménez. “Medicina Indígena: Salud Integral. Notas sobre el primer encuentro de medicina indígena”. En: Revista Visión Chamánica. Pág. 25

las comunidades originarias se han consolidado a lo largo de su existencia en torno a territorios, formas de gobierno, costumbres, prácticas y visiones del mundo con una gran complejidad³⁴.

Estos pueblos demandan que las instituciones oficiales se empeñen en comprenderlos más real y objetivamente, admitiendo la legitimidad del pensamiento mayor, que incluye cosmovivencias o lecturas comprensivas de la naturaleza y la vida humana traducidas en prácticas rituales, lugares sagrados, calendarios especializados, memoria oral, cantos y relatos, técnicas curativas, plantas medicinales, participación según roles por sexo en estrecha relación armónica con el territorio y otros tantos elementos que se han ido adaptando según los tiempos, manteniendo así su núcleo y planteamiento del ordenamiento ancestral del territorio.

Desde la ley 89 de 1890, la Constitución Política de 1991 y el decreto 1953 de 2014, se ha pensado desde los sistemas jurídico políticos del Estado, identificando tendencias y tensiones asociadas a su implementación, así como cantidades de vacíos legales entre el sistema de justicia y el derecho mayor de los pueblos indígenas. Lo anterior puede identificarse a través de diferentes problemáticas sociales, ambientales, económicas y culturales.

Según las tradiciones, es el mandato divino³⁵; cuando en el origen de la humanidad, los Dioses proporcionaron al género humano, un misión que tenía una relación estrecha con el mantenimiento del orden del universo, del equilibrio del todo. Los creadores se caracterizaban por representar los extremos opuestos del universo, como lo frío y lo caliente, conceptos que tienen que ver con las energías fundamentales que dominan la vida en el mundo. Los seres humanos, representan en sus géneros, el orden universal; cada uno tiene en diferentes proporciones elementos opuestos, que constituyen, a la larga, el equilibrio para su desarrollo.

“La casa y el territorio, también son la imagen del universo en ellos podemos encontrar los distintos niveles que aseguran la estabilidad universal, el mundo de abajo, donde domina el frío, el hábitat de las almas de los ancestros y de los antiguos dioses indígenas, sin embargo está complementado por las fuertes energías calientes de los minerales, metales preciosos y el petróleo. El nivel intermedio es el hábitat de los seres humanos y de todos los animales y plantas,

³⁴ Schlegelberger, B. (1995). Los arhuacos en Defensa de su Identidad y Autonomía, Resistencia y Sincretismo . Bogotá : Centro Editorial Javeriano .

³⁵ Páramo, Guillermo (2004). La lógica paraconsciente y el mito chamánico.

representa un estado ideal o fresco dentro de la cosmogonía nativa y los niveles superiores que son el dominio de los astros, las estrellas y diferentes deidades; representa lo caliente, que a su vez está complementado por las energías frías de la madre luna”. ³⁶

En relación con las tradiciones ancestrales de medicina, se encuentran cada vez más en desuso, pues se ha instaurado un sistema de valores y prácticas asociado a un rol “occidental”, se han impuesto instituciones que llegan en la práctica a reducir las tradiciones de los pueblos.

A pesar de los esfuerzos de los médicos tradicionales para mantener vivos y vigentes los mandatos de su “Ley de origen” y de los consensos logrados hasta ahora para armonizar las normativas de seguridad social en salud, el sistema actual sigue siendo ineficiente³⁷.

Existe una serie de fundamentos políticos de orden nacional e internacional, que dimensionan ejes transversales en salud: entre ellos se pueden enumerar 1) la defensa del territorio tradicional (biodiversidad, agua, bosques, páramo); 2) la articulación de salud y sitios sagrados, donde se lleva en práctica la medicina ancestral indígena; 3) la defensa de la autonomía, el gobierno indígena, la cultura; 4) las características del modelo de aseguramiento indígena, el seguro colectivo-intercultural y de cobertura universal; y 5) la propuesta de un modelo indígena de prestación de servicios individuales y de salud pública, donde lo que se buscaba es hacer una salud colectiva, resolución V (OPS/OMS, 1993).

3.6 Caso U’wa.

Actualmente el pueblo Uwa se encuentra asentado en cinco departamentos: Santander, Norte de Santander, Boyacá, Casanare y Arauca, en una mínima parte de lo que históricamente fue el territorio y de lo que reclama el pueblo, que se distribuyen desde los 4.000 metros sobre el nivel del mar, cerca de la Sierra Nevada de El Cocuy. Se distribuye por el norte hasta el valle de Pamplona y por el sur desde la Sierra Nevada de El Cocuy hasta el pie de monte que comparten Arauca y Casanare.

³⁶ COMITÉ DE SALUD CRIT. Así pensamos- Mitos y leyendas pijao. Ibagué, Colombia. 2002.

³⁷ Organización Gonawinda Tayrona (2008). Posición indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta frente a los proyectos multipropósito.

Administrativamente se divide la representación en tres asociaciones, siendo ASOU'WAS la organización político-administrativo de 17 comunidades pertenecientes a los departamentos de Boyacá, Santander y Norte de Santander que conforma el Resguardo Unido U'wa con una extensión aproximada de 220.275 hts. Las comunidades están organizadas en cabildos que comparten usos y costumbres similares, diferenciándose en mínima parte por variables dialectales y por las condiciones geográficas³⁸.

El Estado colombiano en cuanto garante de la participación de la nación del pueblo U'wa, y en general de todos los pueblos indígenas, en la formulación e implementación de Políticas públicas y Planes de Manejo Especial; los sigue invisibilizando y negando el derecho a la integralidad étnico-territorial, por favorecer otros intereses nacionales basados en argumentos de desarrollo económico.

De acuerdo con el Auto 004 de 2009, los U'wa son uno de los 34 pueblos indígenas que está en peligro de exterminio físico y cultural. Dicha extinción tiene diversas causas, ante todo la pervivencia y legitimidad del sistema de pensamiento ancestral asociado a su territorio, junto con las prácticas de la medicina tradicional y su cosmovivencia, afectados por agentes externos, son la razón principal por el cual es incluido en el Auto como pueblo en peligro de desaparición³⁹.

Basta con recordar, el proceso que se libró contra el estado colombiano en 1997 en la llamada “audiencia U'wa por la vida”, en donde el pueblo-nación U'wa recurriendo a los mecanismos de participación nacional como la demanda presentada a la Corte Constitucional y , pero además de ello a instancias internacionales como la Corte Penal Internacional, el consejo de ONU, demandaron al estado por la “no consulta” y otorgamiento de licencias de exploración sísmica para fines de explotación petrolera a la Compañía OXY.

En la actualidad, y a 20 años de este proceso, el panorama no ha cambiado; ya que los planes de desarrollo de nivel departamental, regional y municipal que les competen no los reconocen como sujetos activos de derechos y planificadores de un territorio que han habitado ancestralmente. Los U'wa no cuentan con

³⁸ Asou'was, 2015

³⁹ RODRIGUEZ GARAVITO, Cesar, et al. Pueblos indígenas y desplazamiento forzado. Evaluación del cumplimiento del Gobierno colombiano del auto 004 de la Corte Constitucional colombiana. Universidad de los Andes, Bogotá, 2010. P. 9-10. Disponible en: <http://www.justiciaglobal.info/docs/fa2.pdf>

mecanismos eficaces y eficientes ni la infraestructura, menos aún los recursos financieros o las instancias de financiación para desarrollar iniciativas que fortalezcan su sistema de pensamiento, salud, educación y gobernabilidad propios, que garanticen la pervivencia y la protección del patrimonio inmaterial que representan.

La amenaza de desaparición paulatina a nivel cultural y físico del pueblo U'wa, se acelera a partir de los años noventa, cuando el territorio indígena se convierte en territorio estratégico por la existencia de recursos naturales; como ejemplo, inclusive reconocido internacionalmente, la presencia de empresas petroleras, expropiación territorial que partió de la negación de la existencia del Pueblo U'wa, pues nunca se realizó una consulta adecuada, pero más allá, difícilmente se aceptó el posicionamiento cultural de pueblo U'wa que no admitía la intervención externa en sus territorios ancestrales en cumplimiento de los mandatos de su ley de origen.

3.6.1 Salud propia del pueblo U'wa

A pesar del proceso de aculturación al que se han visto sometidos los U'wa por la intromisión religiosa y la presencia colonizadora, las comunidades siguen practicando la medicina tradicional en cabeza de los Werjayá y/o Karecas.

Sin embargo ellos admiten que no todas las enfermedades se pueden curar a través de la medicina tradicional y por ello recurren en segunda instancia a la medicina Occidental; igualmente, en ocasiones recurren primero a la medicina occidental y dependiendo de los resultados recurren a la medicina tradicional. Es por esto que, a partir de gestiones realizadas por ASOU'WAS, en el año 2006 se logra que DUSAKAWI una EPSI, es decir una Empresa Promotora de Salud Indígena, entrara a operar con el Pueblo U'wa, esta es una institución creada por las comunidades indígenas, especialmente pertenecientes a la sierra Nevada de Santa Marta pero a la cual también pertenecen los Yukpa y los Wayuu. La empresa le brinda Autonomía administrativa nombrando para ello personal gerencial en la zona que pertenezca al pueblo.

3.6.1.1 Prestacion De Servicios De Salud

Principalmente se prestan por la E.P.S Dusakawi: Funciona para el pueblo U'wa a partir del año 2006 para atender población indígena y colona. Se atienden los servicios contemplados en el POSS. Para el caso del pueblo Uwa, se atiende los servicios de primer nivel, baja complejidad, consulta odontológica, laboratorio, P y P, partos, y control prenatal en el hospital de Cubará.

Los servicios de mediana complejidad: Cirugía, pediatría, oftalmología, otorrino, gastrointestinal y examen especializados de II nivel con el hospital del Sarare del municipio de Saravena.

Servicios de alta complejidad: Neumología, cirugía plástica, oftalmología pediátrica, UCI neonatal con los hospitales Erasmo Meoz del municipio de Cúcuta y el hospital Universitario del municipio de Bucaramanga.

Enfermedades de alto costo: Cáncer, tumores, VIH en la clínica cancerológica de Bogotá.

3.6.1.2 Causas de mortalidad

Las infecciones respiratorias, diarreicas, la parasitosis y la desnutrición, siguen causando defunciones en todos los grupos poblacionales, demostrando así que no es sólo son susceptibles los menores de 5 años sino toda la comunidad en general.

La parasitosis se reporta como una causa de defunción, a pesar de que a nivel comunitario se han realizado periódicamente campañas de desparasitación masiva. Estas campañas no han tenido alto impacto porque las condiciones de saneamiento básico, higiene y agua potable no se han logrado intervenir al interior de las comunidades indígenas. Las causas accidentales como el trauma por caída son frecuentes, debido a las características geográficas de tipo montañosa que habitan los Uwas, así como la gran cantidad de ríos y quebradas que deben cruzar para desplazarse de un lugar a otro.

Existencia de servicios médicos en el hospital Samoré: Lunes-Miércoles y sábados para consulta externa y urgencias. La Neumonía y la TBC son las enfermedades más frecuentes en las comunidades Uwas de Boyacá y los Santanderes. Las causas de mortalidad son la neumonía, TBC y complicaciones de parto.

3.6.2 Diagnóstico de políticas públicas del pueblo U'wa⁴⁰

El pueblo U'wa es consciente que las políticas públicas deben ser con enfoque diferencial y concertadas, insisten que las instituciones del Estado no han construido este enfoque teniendo en cuenta los elementos constitutivos del pueblo U'wa, es decir, teniendo en cuenta su cosmovisión, su estructura social y política. El principal problema, radica en la falta de concertación efectivos para el desarrollo y protección del pueblo. “Inclusive, aunque se llevan procesos de concertación, las instituciones terminan decidiendo a puerta cerrada y sin participación del Pueblo U'wa cuales son las líneas de acción y los proyectos que se llevaran a cabo. Debe recordarse que este tipo de concertaciones deben llevarse dentro de los territorios como lo estipula la ley para permitir un mayor grado de participación”⁴¹.

Otro de los problemas, tiene que ver con los recursos que se invierten para el desarrollo y la solución a las necesidades del Pueblo. Generalmente se le deja sólo lo estipulado por Ley de Participación, desconociendo otras áreas que deben ser aplicadas, no aplicando recursos propios acorde a la cantidad de población y teniendo en cuenta la urgencia de construcción de políticas ante una pueblo que se encuentra en riesgo de desaparición; por ejemplo, en el caso de Cubara la población llega a ser casi un 50% del total del municipio. Tampoco se encuentra suficientes ejercicios de gestión conjunta para lograr recursos que generen la superación de este riesgo.

Por último elemento se encuentra en las palabras de la autoridades U'wa, la ausencia de entes de control que vigilen la situación del Pueblo U'wa y prevengan los escenarios de discriminación, de falta de acción a nivel de las políticas públicas. Entidades como la defensoría del pueblo, la procuraduría y la contraloría no tienen trabajos directos con la comunidad ni oficinas especialidades que son necesarias si se tienen en cuenta la constante violación a sus derechos y su condición de ser un pueblo en riesgo de desaparición. No existen procesos de concertación con estas entidades, ni existen documentos que den cuenta de la participación de ellas hacia el pueblo U'wa. Las personerías por ejemplo presentan un desconocimiento de las leyes y normativas que defienden a los Pueblos Indígenas, no existen procesos de capacitación para ayudarlos a que su trabajo sea más efectivo y su acompañamiento pertinente.

⁴⁰ ASOUWA, 2012. Talleres de diagnóstico.

⁴¹ Benito Cubara, 2012

3.6.3 Diagnóstico de salud del pueblo U'wa⁴²

Principales problemáticas de salud:

- El derecho a la salud es constantemente vulnerado: Desde hace más de ocho meses no se realizan brigadas de salud en las comunidades U'was de Norte de Santander, por ello, éstas comunidades tienen que acudir a centros de salud de Chitagá, Pamplona o Cubará, demasiado distantes en caso de urgencias.
- Dificultades por la falta de puentes para sacar los enfermos desde las comunidades de Santander y Norte de Santander.
- El problema de la salud es de servicios y atención por parte de las IPS, y no sólo es por las E.P.S.
- El problema con los promotores es que se requiere capacitaciones periódicas y garantía para que realicen sus actividades. Las comunidades no tienen recursos económicos para pagar a los promotores de salud.
- La situación de la salud en el Norte de Santander es muy grave y muy mala la prestación del servicio. Pues generalmente no hay profesionales para ofertar los servicios en los puestos de salud del Corregimiento de Gibraltar o de Samoré.
- El problema de la salud, es que para los indígenas no se atiende con enfoque diferencial. Los programas en general no son concertados con las comunidades indígenas.
- Las comunidades con sus recursos debe cubrir gastos de transporte y algunos medicamentos. No hay claridad sobre a quién le corresponde garantizar este servicio.
- Internamente las comunidades no se involucran en buscar soluciones a los problemas de la salud. Se requiere liderazgo en la asociación U'wa para gestionar la política diferencial en materia de salud. Inexistencia de recursos para la gestión en salud para las comunidades U'wa.

Causas:

- Por la llegada de la colonización
- Por la destrucción de los recursos naturales

⁴² ASOUWA, 2012. Talleres de diagnóstico.

- Por incumplimiento con lo propio, es decir, con algunas normas para controlar culturalmente las enfermedades tradicionales.
- Contaminación ambiental por la irrupción de compañías petroleras.
- Muerte de ancestros desde la llegada de los españoles por la imposición y prohibición de la cultura.
- Explotaciones petroleras por contaminación del agua, del aire, atmosfera, quemando gases que se concentran en las nubes y se convierten en lluvia ácida. Las lluvias caen y porque están contaminadas dañan los cultivos, por eso ya se está acabando el ayo y los cultivos de pancoger.
- Las enfermedades no se generan por condiciones de vivienda y desaseo sino por la ocupación territorial, que nos quitan las mejores tierras o los lugares donde se puede cazar y pescar.
- Las enfermedades actuales, las autoridades no pueden controlarlas, como el caso del TBC y neumonía.
- Cambios de hábitos alimenticios, mayor consumo de productos externos que ocasionan una baja de defensas y propensos a las enfermedades.
- La inseguridad alimentaria de los últimos cincuenta años, ha conllevado a que muchas enfermedades que presentan los Uwas como desnutrición en los niños y niñas y otras enfermedades relacionadas a la desnutrición resulte en el incremento de mortalidad en niños y ancianos.

3.6.4 Planes de acción

3.6.4.1 Plan de desarrollo municipal

Acuerdo 006 plan de desarrollo de cubara Boyaca: “semillas de oportunidad para todos 2016 – 2019: artículo 7. Articulación transversal de políticas con enfoque poblacional diferencial, se generará una atención diferencial teniendo en cuenta el carácter y contexto de cada grupo poblacional, máxime cuando se encuentren en situación de vulnerabilidad, buscando mejorar las condiciones de vida, cerrando las brechas económicas, culturales, físicas e intelectuales entre la población. párrafo 2. para la implementación de programas y planes en los ámbitos de la educación y la salud indígena, se tendrá en cuenta como parámetro

el sistema de educación indígena propio(seip) y el sistema de salud indígena propio (sispi).

3.6.4.2 Líneas de acción propuestas por ASOUWA⁴³

-Diseñar Modelo de Atención Indígena en Salud Implementar política indígena en salud. La política Nacional en salud consultará a los pueblos indígenas interesados sobre las normas a expedir en esta materia.

-Atención Diferencial para las comunidades indígenas

-Solicitar U.P.C (Unidad Per cápita) diferencial para el pueblo Uwa. Lo anterior considerando su ubicación geográfica, acceso a las comunidades y vulnerabilidad de la población

- Las secretarías de salud cumplan en lo que se refiere a una atención diferencial.

-Los programas y proyectos en materia de salud deben ser concertados con las autoridades indígenas.

-Coordinación y articulación institucional de entidades relacionadas especialmente con el tema de la salud: E.P.S, hospitales, centros de salud, secretarías, Ministerio de la Protección Social.

-Fortalecimiento de la Medicina Tradicional, esto es incluir la medicina tradicional dentro del plan obligatorio en salud. Que el trabajo de las autoridades tradicionales, de los curanderos y de las parteras se incorporen en la política de salud para las comunidades U'was.

⁴³ Ibidem

4. Capítulo 4.

Pertinencia de una coordinación entre sistema general de salud y derecho mayor.

“Desde el origen, los indígenas fuimos muy autónomos para resolver nuestros problemas de salud, contábamos con recursos propios que nos garantizaban el equilibrio básico para estar bien en comunidad, esto recursos eran la sabiduría natural, el mohan y el thewala, nuestras plantas, animales y minerales. De tal forma no dependíamos de ningún servicio externo y en las épocas de mayor crisis la sabiduría ancestral, la sabiduría ancestral siempre ha sabido darnos alguna solución.

Nuestros padres, madres y abuelos sabían el uso correcto de las plantas, utilizaban algunos animales para curarnos, así como también piedras y otros elementos minerales, ellos sí llegaron a desarrollar un sistema de salud propio y preventivo, porque siempre trataron de mantenernos fuertes para estar prevenidos contra cualquier ataque, dentro de ese sistema propio jugaba un papel muy importante en el territorio y nuestra autonomía.

En el siglo XX se acentuó la crisis de identidad y de territorio, las comunidades del Tolima fuimos despojadas de la mayor parte de tierras e invadidos por las costumbres ajenas y nuestros mohanes tuvieron que seguir sus prácticas en la clandestinidad, teniendo en contra al sistema de religión oficial y al Sistema de Salud Nacional; las mujeres por su parte, ante las continuas ausencias de los

hombres por la guerra y el trabajo, garantizaron que la mayor parte de nuestras prácticas culturales pasaran de generación, en generación”. ⁴⁴

Las políticas públicas en salud indígena en Colombia se han relevado aun límite semántico de respeto de las tradiciones sin dar un reconocimiento legítimo a las prácticas de medicina ancestral, por lo que se hace pertinente de la coordinación estatal, con sus políticas públicas en salud y el sistema de pensamiento ancestral (derecho mayor) con sus prácticas de medicina ancestral.

Esto implica el desarrollo de estrategias para que a las comunidades se les brinde la asistencia necesaria, a fin de luchar contra las barreras institucionales e implementar un sistema de calidad y las garante de los derechos a la salud, mediante procesos de capacitación y formación de personal especializado en salud, así como la investigación social de las comunidades y sus diversas prácticas culturales.

4.1 En conceptos de salud propia, técnicas procedimientos y tratamiento

Conviene recordar, como nos lo han confiado los abuelos mayores, que devolver la importancia a la medicina tradicional y al trabajo de los sabedores y sabedoras, permite validar las condiciones y obligaciones que cada uno de los pueblos tiene con el cuidado del territorio como cuerpo y el cuerpo como territorio.(Barbosa, 2018). Es importante, colocar su conocimiento y sabiduría en fortalecer las condiciones de existencia de los pueblos y trabajar por el estado de bienestar, entendido este como el estado de conformidad donde cada persona tiene lo necesario para existir, para estar sano; aclarando que esta condición no se ha alcanzado con los puestos de salud institucionales, que cuando menos han logrado «enajenarnos de nuestra medicina tradicional, esa que nos trajo bienestar durante miles de años», saber asociado al conocimiento de las plantas sagradas, a la medicina tradicional, al gobierno, al conocimiento del territorio y a la forma de organización, como parte del bienestar comunitario.

En ese sentido, la medicina tradicional, o propia, ha representado la autonomía de las poblaciones rurales y en especial de los grupos étnicos, ha entrado en crisis y no puede darla cobertura a la totalidad de la población indígena, principalmente por la paulatina desaparición de los médicos tradicionales, quienes han emigrado de sus poblaciones, o dada la influencia del mundo actual, no se ha

⁴⁴ Comité de salud CRIT, VI congreso Regional Indígena del Tolima, Ibagué 2001.

recibido por las nuevas generaciones⁴⁵. A la medicina tradicional, le pertenece una concepción no instrumental de la promoción de la salud, con sus actores, como Mamos, Chamanes, Thewalas, Curacas, etc. y con un sistema de transmisión y creación simbólica, que desde el control social busca aislar la enfermedad del cuerpo y del territorio indígena.

Además, es necesario tener en cuenta la crisis ambiental y la desaparición de especies medicinales y el predominio de cultivos comerciales; por lo que a las comunidades se les facilita utilizar las fórmulas de la medicina facultativa. La medicina tradicional se encuentra en desventaja frente a los servicios del Estado y la prestación de éstos no tiene en cuenta los métodos tradicionales; no obstante las medicamentos del POS son inocuos y de calidad deficiente.

Los usos y costumbres de pueblos, como el Uwa, se han perdido y la incursión de normativas estatales refuerza ésta tendencia. No se encuentra aún la solución a las contradicciones entre el sistema médico facultativo y el tradicional. Pese a su fin curativo común, tales contrariedades no permiten un tratamiento efectivo por ninguno de los dos métodos por la inconstancia de las medicinas.

En aplicación del principio de la autonomía, es un gran reto para el sector salud ya que no se puede pensar en el ejercicio médico como un acto unilateral por medio del cual el profesional impone al paciente un diagnóstico. Es una confrontación en donde el paciente propone alternativas para designar su malestar, explicarlo e integrarlo a su mundo significativo, mientras que el médico evalúa los puntos críticos de alteración del orden, e interviene para sanar desde aquello que lo originó.

Es así como, Investigación Participativa es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y posterior reconceptualización del modelo de atención en salud, es necesario priorizar algunas áreas temáticas como: Caracterización de los perfiles epidemiológicos, factores condicionantes para así definir áreas prioritarias de intervención; caracterización de las condiciones culturales y posibles metodologías de intervención; desarrollo de metodologías participativas para la formulación, implementación y evaluación del modelo de atención y desarrollar un sistema de información que permita el registro de la gnoseología tradicional, de tal forma que a mediano plazo se pueda integrar dichos conceptos al modelo de atención.

⁴⁵ - Organización Gonawinda Tayrona (2009). Ley de Sé, Seyn zare-shebunta: salud indígena en la Sierra nevada de Santa Marta.

Actividades de atención en protección específica

Los pueblos indígenas aceptan gran parte de las actividades y programas en salud, pero, creen que muchas de ellas, como la vacunación, debe ser aplicada por funcionarios capacitados, escogidos de las diferentes etnias y resguardos, previo cumplimiento de los trabajos de purificación y previa autorización de las autoridades espirituales de los mayores, para lo cual los funcionarios profesionales de las etnias trabajan explicando las ventajas de aceptar cada procedimiento e informar al funcionario de salud sobre los embarazos identificados en cada comunidad para programar la aplicación oportuna del biológico⁴⁶.

Actividades de atención en detección temprana

Son aceptadas especialmente las actividades de detección de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en todas las etapas si tienen en cuenta las clasificaciones de los indígenas⁴⁷. Estos pueblos también consideran que estos procedimientos deben ser realizados por funcionarios capacitados, autorizados y purificados espiritualmente. Se reitera que se debe dar información a los líderes de las comunidades, a los miembros de las etnias y médicos tradicionales sobre la utilidad de las mencionadas actividades.

4.2 En regulación normativa

La situación actual por la que atraviesan los pueblos indígenas, en cuanto a la salud tiene características y dificultades particulares que deben ser tenidas en cuenta en el estudio de políticas públicas. Estas son:

a) Los programas de salud no concertados debilitan la autoridad tradicional. Por lo que los planes de salud y la labor de los médicos que tienen relación con las comunidades, se dificulta, se hace menos eficiente, genera desconfianza y hace que se creen problemas que se podrían evitar entre estos y las comunidades.

⁴⁶ Para las comunidades estas actividades atentan contra el desarrollo propio de sus pueblos, obligándolos a dejar de lado sus prácticas del parto familiar asistido por el Mamo y la partera.

⁴⁷ No están de acuerdo las comunidades con el procedimiento que se aplica con el bajo peso al nacer, porque se desarrollan bajo los parámetros y las tablas de desarrollo del individuo occidental.

b) No se tienen en cuenta que las diferentes exigencias hechas por los Sistemas de Salud del Ministerio de Salud necesitan un largo proceso de acomodamiento a las diferentes culturas.

c) La imposición de programas y proyectos en salud externos a las comunidades, así como la imposición de metas, métodos y procedimientos desconocen las condiciones particulares.

d) Existe una débil interacción de las propuestas externas y las propias de las comunidades en salud, que unida a otros factores no permiten una comunicación fluida, pues, en las comunidades es de carácter oral y en los entes de la salud del gobierno es escrita.

e) Las etnias indígenas se encuentran en zonas de difícil acceso, dispersas en el territorio, en áreas netamente rurales⁴⁸ y la mayoría de los caminos son de herradura, algunos muy difícil de transitar dependiendo de las condiciones climáticas.

f) Existen zonas de conflicto armado que además de tener un impacto negativo directo sobre la salud de las comunidades reflejado en muertes, desplazamientos forzados, amenazas, pérdida de territorios, hace que la labor de los trabajadores se dificulte.

g) Para que los programas del Ministerio tengan efectividad en las comunidades indígenas deben adecuarse socioculturalmente a las leyes tradicionales que guían la conducta de los indígenas, hacer los pagos y demás ceremonias y trabajos a la madre tierra.

Los mamos arhuacos de la sierra nevada, como voceros de la que es considerada la principal casa de pensamiento, han planteado puntos básicos de partida para la creación de políticas públicas en salud indígena, a saber:

- Reconocer el conocimiento de las personas que tienen autoridad en la comunidad.
- Informar y consultar con las autoridades indígenas y mayores la utilidad de estas mismas para integrarlas a los trabajos espirituales tradicionales.
- Adecuar las actividades, programas, metas y estrategias del Ministerio de salud a las condiciones y posibilidades actuales de las comunidades, para las cuales las EPS e IPS indígenas.
- Formar a los profesionales de la salud en las universidades del país en conceptos básicos de antropología médica y legislación indígena.

⁴⁸ Parte alta y media de la Sierra Nevada de Santa Marta y de la Serranía del Perijá, zonas áridas del sur de la Guajira, comunidades que se ven obligadas a tener migraciones

En el mismo sentido, las autoridades del pueblo U'wa, tras un estudio de evaluación de la salud de su comunidad, planteó los siguientes puntos:

- Diseñar Modelo de Atención Indígena en Salud Implementar política indígena en salud. La política Nacional en salud consultará a los pueblos indígenas interesados sobre las normas a expedir en esta materia.
- Atención Diferencial para las comunidades indígenas
- Solicitar U.P.C (Unidad Per cápita) diferencial. Lo anterior considerando su ubicación geográfica, acceso a las comunidades y vulnerabilidad de la población
- Las secretarías de salud cumplan en lo que se refiere a una atención diferencial.
- Los programas y proyectos en materia de salud deben ser concertados con las autoridades indígenas.
- Coordinación y articulación institucional de entidades relacionadas especialmente con el tema de la salud: E.P.S, hospitales, centros de salud, secretarías, Ministerio de la Protección Social.
- Fortalecimiento de la Medicina Tradicional, esto es incluir la medicina tradicional dentro del plan obligatorio en salud. Que el trabajo de las autoridades tradicionales, de los curanderos y de las parteras se incorporen en la política de salud para las comunidades.

4.3 En seguimiento

El SISPI ha agrupado los temas referentes a salud en áreas, programas y proyectos, así se crean criterios unificados sobre un mismo sector, dirección y jerarquización. Todas las áreas apuntan a unos mismos objetivos, vistos desde el concepto de lo propio. Éstas son:

- Área de desarrollo institucional.
- Área de desarrollo Jurídico y derechos Humanos.
- Área de desarrollo social. (programas de salud, género y equidad, patrimonio cultural y comunicaciones).
 - Área de desarrollo estratégico.
 - Área de desarrollo económico.
 - Área administrativa y de servicios generales.

El SISPI, carece de un sistema de un mecanismo de información adecuado a las condiciones particulares de los pueblos indígenas, presentando sus registros dado que todos los indígenas se encuentran cedulados, cambian de nombres y apellidos, se trasladan de una región a otra. Los formatos para la captura de

información no contienen indicadores socio-culturales y la dispersión geográfica de los asentamientos impide por los costos recoger la información adecuada y actualizada, por lo que dentro del área de desarrollo estratégicos, en principio se requiere de un sistema de información que abarque todos los aspectos del SISPI, alimentado directamente por las autoridades indígenas y que no pretenda ser un instrumento estatal, sino una herramienta de la comunidad para plantear planes de tratamiento propios.

4.4 En institucionalidad de las EPS indígenas

Los esfuerzos de las organizaciones indígenas para incidir en los programas de salud del Estado para sus comunidades, los llevaron a participar inicialmente en la conformación de las ESS, que eran una modalidad de organización empresarial de las comunidades para adquirir servicios de salud con la financiación del subsidio directo otorgado por el Estado para este fin. Tienen, entonces un componente de organización de la comunidad y otro de gestión para la adquisición de tales servicios.

La organización de la comunidad para contratar los servicios de salud pasó de las llamadas Empresa Solidaria de Salud ESS, la cual estaba conformada por los usuarios de salud de cada comunidad, que se vinculan a ella mediante una cuota de afiliación o compra de una acción o participación en la empresa; el tamaño de cada empresa solidaria dependía del tamaño de las comunidades y de la necesidad de una escala mínima que permita justificar la inversión y cubrir los costos de operación y administración en forma sostenible⁴⁹; sin embargo, a partir de 1993 la discusión se centró en la creación de ESS y la exigencia del cumplimiento del decreto 1811 de 1990, lo que implicaba que para su tercer año, la ESS debía ser auto sostenible⁵⁰. Y es tal vez, ésa la razón por la que las ESS no lograron desarrollarse dentro de las comunidades indígenas, como CRIC CRIT, Córdoba, pese a que el Cauca fue un departamento piloto con la conformación de 18 ESS. Actualmente el SISPI consagra los requerimientos para la creación de EPS-I, de acuerdo al modelo de aseguramiento del Sistema General de Seguridad social en salud contemplado en la ley 1486 de 2012.

Ahora bien, en esta investigación se encontró que la salud indígena, como prestación de un servicio se da dos maneras. La primera es la que se ciñe al sistema de seguridad social en salud planteado desde la ley 100 de 1993 y

⁴⁹ Conpes Social. 1993

⁵⁰ Instituto Nacional de Salud (2012). Situación notificación al sivigila UGPD indígenas 2011-2012.

demás normas que la regulan, ya reseñada anteriormente, en la cual se crean EPS-I para la promoción, prevención y tratamiento de enfermedades para las comunidades indígenas y la cual es de carácter subsidiado, cuya creación y registro se realiza con el apoyo de los Ministerios de salud y del Interior. Para que una EPS-I nazca a la vida jurídica, se requiere que primero se realice el registro de la comunidad indígena ante el Ministerio del Interior, con identificación demográfica y registro de sus miembros, en adelante se realiza el procedimiento ante el Ministerio de salud con los términos y procedimientos establecidos para todas las Entidades Prestadoras de salud del régimen subsidiado. (Min salud, 2018).

En este orden, se prestan servicios de atención primaria, vacunación y prevención de enfermedades endémicas, mal nutrición, entre otros temas de salud pública. Aunque dentro de la mayoría de éstas EPS-I se permiten tratamientos de medicina tradicional indígena, prima la atención facultativa, es decir, aunque los afiliados son indígenas, reciben tratamientos médicos no indígenas. Esto no se debe a una imposición o a que no exista otra solución, sino que en la mayoría de los casos es el paciente indígena el que se acoge a éstos tratamiento y se ha convertido, con el paso de los años en regla general.

A la fecha se encuentran habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud, seis EPSI:⁵¹

1. ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA “DUSAKAWI EPSI”.
2. ASOCIACIÓN DE CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO C´RDOBA Y SUCRE “MANEXKA”.
3. ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C EPSI
4. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA “ANAS WAYUU EPSI”
5. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD “MALLAMAS EPSI”
6. PIJAOS SALUD EPSI.

Para el caso de las IPS de carácter territorial indígenas registradas en el REPS, con fecha corte 24 de agosto de 2018, se encuentran habilitadas 62 de ellas con un total de 168 sedes⁵².

⁵¹ <https://www.supersalud.gov.co/vigilados/datos-de-sujetos-vigilados-por-la-supersalud>

⁵² Minsalud, 2018. Fuente: Base de datos Dirección de Prestación de Servicios y atención primaria MSPS

Algunos pueblos indígenas, admiten que no todas las enfermedades se pueden curar a través de la medicina tradicional y por ello recurren en segunda instancia a la medicina Occidental; igualmente, en ocasiones recurren primero a la medicina occidental y dependiendo de los resultados recurren a la medicina tradicional. Es por esto que, DUSAKAWI una EPSI, amplió su campo de acción de las comunidades indígenas, especialmente pertenecientes a la sierra Nevada de Santa Marta, los Yukpa y los Wayuu a otras comunidades indígenas como los U'wa, para ello, la EPS le brinda Autonomía administrativa nombrando para ello personal gerencial en la zona que pertenezca al pueblo.

El otro caso, es la práctica de la medicina tradicional sin el cumplimiento de las formalidades que exige el sistema de seguridad social, que se da dentro de las comunidades, por los médicos tradicionales. Si bien responde a las tradiciones y al sistema de pensamiento ancestral, se presentan dificultades, como son la atención médica en circunstancias que trascienden el nivel primario de atención, procedimientos y el control endémico, de salubridad y de nutrición, como es el caso de la guajira; aunado a ello hay territorios en los que no hay cobertura, ni acceso, bien sea por condiciones geográficas o porque las normas de ciertas comunidades no lo permiten.

Es de anotar que las dificultades en la atención de la población dispersa ha generado bajas coberturas de atención, así como la no aprobación de estas actividades de prevención y de promoción institucionales por parte de las autoridades tradicionales y de los mayores, ya que desconocen el saber médico, al igual que estos desconocen la medicina tradicional y las leyes propias tradicionales como la “Ley de origen” de sus pueblos. Rescatar el trabajo tradicional y adecuar la atención en salud de acuerdo con la cosmovisión indígena, es una necesidad de estas comunidades. Por esta razón la EPS I DUSAKAWI, busca cumplir las normas establecidas por el Ministerio de Salud, sin violar las leyes tradicionales y la cosmovisión de estos pueblos.

5. Conclusiones y recomendaciones

La búsqueda de gobernabilidad propia para los pueblos indígenas en Colombia, al amparo de los derechos constitucionales, va más allá de la comprensión que las instituciones del Estado, con sus normas, puedan tener sobre este tema. Para los pueblos indígenas, lo que vale es la constitución natural de la ley de origen, desde donde se propende por el derecho a la vida, a la organización y al mantenimiento del orden, a la salud entendida como bienestar. De tal manera que la búsqueda y el establecimiento del orden debe provenir de la conservación de las instancias de regulación y restablecimiento de la armonía interna de estos pueblos, que se fundamentan primordialmente en su memoria de la ley de origen que dicta los principios normativos, éticos y conductuales o «derecho mayor». Es necesario por ello fortalecer los espacios físicos y espirituales donde esa memoria habita y se recrea, es decir los lugares de significación ancestral espiritual y cosmo- vivencial, que asociados al ejercicio de la gobernabilidad permiten la práctica y la vivencia de la ley de origen; solo a partir de respetar estos puntos de vivencia comunitaria podrá validarse ante el Estado y la sociedad colombiana el principio de autonomía y libre determinación, aplicado a la medicina tradicional, a la práctica efectiva del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

5.1 Conclusiones

Se presentan como una serie de aspectos que se podrían realizar en un futuro para emprender investigaciones similares o fortalecer la investigación realizada. Dicha valoración, nos advierte de los efectos de las políticas públicas en materia de salud y bienestar, sobre todo cuando los pueblos son forzados a implementar prácticas ajenas a su sistema de pensamiento.

Revisados los antecedentes históricos y la trayectoria normativa de la salud de los pueblos indígenas, se encuentra que desde sus inicios el planteamiento ha sido erróneo, pues no se trata de facilitar la inclusión de los pueblos, se trata del

reconocimiento de sus derechos y por ende de la legitimación de las prácticas de medicina tradicional como procedimientos válidos en la sanación del territorio y sus habitantes. Se tiene entonces, que si bien, el Estado, ha procurado atender las demandas de los pueblos indígenas, de las políticas públicas y demás normas creadas para comunidades indígenas y en particular respecto al derecho a la salud, solamente el SISPI ha acertado en la estructura de un sistema integral de salud indígena, inclusivo y respetuoso de las tradiciones; sin embargo, resulta inútil ante la falta de presupuesto, lo que evidencia una de las falencias más graves que se ha presentado en la construcción del sistema de salud indígena, esto es, la financiación, pues ante un Sistema General de Seguridad Social en Salud en crisis, es contradictorio plantear el mismo mecanismo de financiación, por tanto, habrá que plantearse una nueva forma que garantice la financiación del SISPI.

Estudiada la aplicación práctica de las políticas públicas en salud, pudo realizarse un diagnóstico de la salud de los pueblos, en el que pueden identificarse los efectos colaterales que se presentan en las comunidades cuando no se crean políticas públicas eficaces:

a) CULTURAL: En la actualidad el Sistema de Seguridad Social en Salud no tiene en cuenta la cosmovisión, la territorialidad y mucho menos los conceptos de salud-enfermedad que tienen los pueblos indígenas, por lo tanto, no permite incluir los sistemas médicos tradicionales que tienen los pueblos indígenas y menos aún destina recursos para el fortalecimiento de los mismos a través de proyectos y programas de iniciativa comunitaria. Las EPS-I han tratado de converger ambos sistemas, sin embargo, ante la duda del sistema aplicable y favorable, la tendencia sigue siendo a la medicina Occidental, lo que implica mayor capacitación y promoción de la salud indígena.

b) POLÍTICO ORGANIZATIVO: Los procesos de afiliación planteados en el Sistema general de Seguridad Social en Salud actual, ha debilitado el desarrollo de información, reflexión y decisión que tienen las comunidades indígenas. El diseño empresarializado de las EPS, vulnera la responsabilidad individual frente a los compromisos comunitarios. Se presentan casos en que se pierde la autonomía de las comunidades por desinformación, incluso por la organización política interna o competencia desleal interna entre líderes por efectos del denominado “mercadeo”.

c) ASPECTOS SOCIALES: Existe una pérdida del derecho a la salud en tanto se divide a la población de las comunidades en subsidiada y vinculada en los Cabildos y EPS indígenas, evadiendo la responsabilidad que tienen las instituciones públicas que prestan servicios. El plan de beneficios, antes POS, define eventos por enfermedad y no por salud, sin cubrir programas dirigidos al

mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades indígenas y al fortalecimiento de la medicina tradicional; por ejemplo se da prioridad a la atención de niños menores de un año, sin considerar al resto de la población infantil.

d) CONTROL SOCIAL: En las EPS no existen ligas de usuarios y veedurías comunitarias de acuerdo con las formas organizativas de las comunidades, por lo tanto se debe adelantar procesos de educación y capacitación tendientes a la creación de tales organismos de control social con base en las dinámicas organizativas propias de los pueblos indígenas.

e) ADMINISTRACION DE RECURSOS: El flujo de recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud ha permitido fortalecer algunos procesos de organización y participación comunitaria en los pueblos cuyas organizaciones tenían más experiencia en el manejo administrativo de recursos públicos, sin embargo, la implementación de este modelo económico presenta serios inconvenientes en Comunidades indígenas cuyas experiencias administrativas y de gestión son mínimas.

f) SISTEMA DE INFORMACION: El Sistema General de Seguridad Social en Salud, carece de un sistema de un mecanismo de información adecuado a las condiciones particulares de los pueblos indígenas, presentando sus registros dado que todos los indígenas se encuentran cedulados, cambian de nombres y apellidos, se trasladan de una región a otra. Los formatos para la captura de información no contienen indicadores socio-culturales y la dispersión geográfica de los asentamientos impide por los costos recoger la información adecuada y actualizada.

g) ESTABILIDAD JURIDICA: En primer lugar la Ley 100 de 1993 no fue consultada y concertada con los pueblos indígenas a través de sus autoridades tradicionales y organizaciones más representativas, lo cual viola el Convenio Internacional 169 de la O.I.T y la Constitución Nacional. Pese a que se concertó el SISPI y se ha adelantado en sus primeras etapas, el Estado no se ha preocupado por unificar un cuerpo legislativo único para el país, menos para regular las relaciones de seguridad social entre comunidades indígenas y el Estado. La gran cantidad y dispersión de normas dificulta la comprensión de la ley a las autoridades indígenas y sus comunidades, lo que disminuye su capacidad de gestión en salud.

h) SALUD PUBLICA: Es alarmante como las coberturas de vacunación, control de vectores, zoonosis, promoción y atención de enfermedades tropicales

disminuyeron en las comunidades indígenas. Este factor aumenta el riesgo de supervivencia biológica de los grupos étnicos.

i) ZONAS DE FRONTERA Y CONFLICTO: En Colombia la degradación del conflicto armado trae consigo graves consecuencias para los pueblos indígenas. ,entre estas, la disminución de la capacidad de oferta de servicios por atentados o daños en la infraestructura de salud en las regiones de conflicto como la destrucción total o parcial de los hospitales, puestos de salud, sistemas de comunicación y transporte fluvial; además el desplazamiento de grandes cantidades de población indígena y los problemas sanitarios asociados a este fenómeno, la amenaza y muerte de personal sanitario indígena, para lo cual el sistema de seguridad social no ofrece respuestas diferentes.

j) LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS: Al convertirse los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado los indígenas que no tienen subsidio encuentran más barreras para el acceso a los servicios por la pérdida gradual de la gratuidad de los mismos. El principal problema radica en la privatización de la red pública, los hospitales departamentales, municipales y rurales quienes venían tradicionalmente ofertando servicios a las poblaciones rurales, al desaparecer estos, también lo hace la posibilidad del acceso a los servicios de estas poblaciones.

k) LOS VINCULADOS INDIGENAS: En primer lugar se presenta un registro incompleto de la información censal que permita establecer con claridad cuántos indígenas no tienen subsidio, la identificación y selección de potenciales beneficiarios de subsidios, sumándole a esto la presión política que hace que los alcaldes prioricen población colona, campesina, afrodescendiente antes que a la indígena. En segundo lugar, los subsidios no tienen destinación específica para la población indígena, lo que permite que al ampliar la cobertura para los indígenas terminen beneficiarios no indígenas por intermediación de los entes territoriales

La ausencia de políticas públicas eficaces, general altos impactos, en cuanto a la pérdida del control del territorio ancestral por parte de las autoridades tradicionales y del cabildo; degradación de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas; procesos especulativos y presión sobre los territorios indígenas, que afectan la vida social, ritual y la armonía espiritual de los pueblos, al lado de la descomposición y disgregación social, aculturación y pérdida paulatina de la lengua, la memoria histórica, la tradición y la cultura, por la previsible avalancha de nuevos agentes y actores sociales, atraídos por las ofertas económicas de la nueva industria y la ulterior presión de estos sobre las estructura familiar tradicional; la desterritorialización consecuente no solo expulsaría a la comunidades indígenas de su territorio sino que los sustraería del

uso que tradicionalmente le han dado en la aplicación de su cosmovivencia y su pensamiento como territorio ancestral, y con ello los impactos imprevisibles sobre la salud individual y colectiva, la calidad de vida y la educación propia y pertinente, todo lo cual se debería haber considerado por parte de la división de etnias del Ministerio del Interior y de Justicia, cuando en sus conceptos pretende demostrar la inexistencia de los pueblos indígenas en las áreas de los megaproyectos mencionados, violando el derecho a la integridad étnica, social, territorial y cultural.

Por otra parte, recopilados y estudiados los conceptos de medicina tradicional indígena, cabe destacar la importancia de su legitimación dentro del orden jurídico, teniendo como eje los preceptos del derecho mayor, que pretende autonomía, autoregulación y gobernabilidad propia. De lograr dicha legitimación, no sólo preservarían las prácticas y tradiciones, sino se propondría un concepto de salud para la sociedad en general, incluso la cobertura en salud sería mayor, pues al tener más opciones de tratamientos médicos, la calidad de vida mejoraría y se lograría finalmente un estado de bienestar.

En consecuencia se debe precisar que, en el contexto del derecho a la salud, como punto esencial dentro de un esquema organizativo de pensamiento, se ha establecido por parte de los pueblos indígenas un mandato sagrado que circunscriben las funciones y relaciones de los elementos naturales del ámbito espacial del mismo, frente a su representación simbólica, que a su vez definen, mantienen y explican el sistema tradicional de gobierno propio, el cual solo es posible desde los propios espacios políticos comunitarios que fundamentan la función de los linajes sostenidos a través del propio desarrollo.

5.2 Recomendaciones.

Antes que identificar una coordinación en la relación, de por sí compleja, entre el sistema de seguridad social en salud y las prácticas de medicina tradicional como parte del derecho mayor, fuerza la mirada a trazar pautas para reconstruir espacios socio geográficos y escenarios administrativos flexibles aunque bien determinados, en los que se exprese al fin la voluntad de las comunidades locales como poder autónomo de voluntad colectiva. La marginalidad del régimen subsidiado en la que el Estado ha colocado a los pueblos indígenas, incrementa la preocupación por el efecto real de las políticas públicas en salud indígena, el mercado actual del sistema de salud, antes que propiciar la articulación de los sistemas, acelera la desintegración de las tradiciones ancestrales y la deculturación de los pueblos indígenas. A lo largo de esta confrontación, a las poblaciones originarias se las ha relegado al triste papel de espectadoras

pasivas, y la participación que han tenido en creación de políticas ha quedado plasmada en el papel

Ahora bien, habiendo colocado en contexto espacio-temporal, asumido como histórico, las acciones de los pueblos indígenas hasta la reacción dl SISPI, se puede concluir en la actualidad los pueblos indígenas y el Estado están en el mejor momento de coyuntura, por lo tanto se requiere:

- Pensar, construir e implementar un Sistema de Protección Social Integral en Salud para los pueblos indígenas, sólo es posible si él mismo en su concepción es holístico e integral, articula todos sus componentes, además que el sistema refleje, se nutra y sustente la vida cultural de los pueblos indígenas, y como consecuencia de ello, que éstos aporten a la dinámica social y productiva sus más preciados valores y principios para edificar y dignificar la vida social y productiva dentro del proyecto de Estado en construcción.
- Que el espacio de la generalidad normativa no se constituya en la excusa regulativa desde la cual se legisla, para determinar la vida social de las más diversas culturas existentes en la nación, desde los referentes sociales y productivos de la sociedad nacional. Pues la misma, no sólo debe ser viable al llevarla a la práctica, sino que, además, ello no es siempre deseable como ideal y logro de justicia dentro de un Estado diverso.
- Sin embargo, la aparente dualidad extrema, es necesario que las concepciones se reconozcan en sus intrínsecas diferencias. Cada uno, aportando lo mejor de sí, desde el ámbito de sus propias singularidades culturales.
- El Ministerio del Interior a través de la Dirección de Etnias debe ser el ente encargado de certificar el carácter étnico de las empresas que creen las Autoridades Tradicionales indígenas para administrar los recursos del SIPSÍ.
- Cualquier sistema que se implemente con los pueblos indígenas debe tener cobertura universal para la población indígena, y transformar el mecanismo de financiamiento de los subsidios, haciendo de éstos un elemento integral con diversos componentes que impliquen no solamente la atención en salud sino que integren otros elementos como la medicina tradicional.
- El FOSYGA, hoy ADRES tendrá una subcuenta especial para el nuevo SIPSÍ, además, parte del aporte de los pueblos indígenas al sistema lo puede

constituir el total de recursos que gastan las EPS y las IPS indígenas en administración a nivel nacional.

- Los planes de vida integral de los pueblos indígenas deben ser incluidos en el financiamiento, administración, prestación de servicios, Promoción y Prevención y salud pública, así como producción alimentaria propia.
- En cuanto a la prestación de los servicios de salud con un carácter colectivo e intercultural, se sugiere que las administradoras del SIPSI presten los servicios a las comunidades directamente a través de equipos extramurales de carácter intercultural, con el fin de que la población indígena tenga un acceso oportuno, eficiente a los servicios de salud.
- Por último, se requiere que el Estado firme más convenios internacionales que garanticen el acceso a servicios de salud de poblaciones indígenas que viven en zonas de fronteras.

La Investigación Participativa es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y posterior reconceptualización del modelo de atención en salud, es necesario priorizar algunas áreas temáticas como: Caracterización de los perfiles epidemiológicos, factores condicionantes para así definir áreas prioritarias de intervención; caracterización de las condiciones culturales y posibles metodologías de intervención; desarrollo de metodologías participativas para la formulación, implementación y evaluación del modelo de atención y desarrollar un sistema de información que permita el registro de la gnoseología tradicional, de tal forma que a mediano plazo se pueda integrar dichos conceptos al modelo de atención.

En aplicación del principio de la autonomía, es un gran reto para el sector salud ya que no se puede pensar en el ejercicio médico como un acto unilateral por medio del cual el profesional impone al paciente un diagnóstico. Es una confrontación en donde el paciente propone alternativas para designar su malestar, explicarlo e integrarlo a su mundo significativo, mientras que el médico responde propone opciones diferentes.

Bibliografía

- ABA CATOIRA, Ana (1999). Hacia sistemas jurídicos plurales: Reflexiones y experiencias de coordinación entre el derecho estatal y el derecho indígena. La limitación de los derechos en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Español, Tirant Monografías, Valencia. Alexi, Robert (1997). Teoría de los derechos fundamentales, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.
- AGUILAR VILLANUEVA., L.F. (comp). (1992). El estudio de las políticas públicas. México: Miguel Ángel Porrúa Editor.
- AGURTO. M. Andrés. (2004). Políticas públicas para los pueblos indígenas en Chile: los desafíos del desarrollo con identidad. Una mirada al Fondo de Desarrollo Indígena de CONADI". Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Antropología. Santiago de Chile.
- ANDRADA. Damián. (2010).La influencia de la moral andina precolombina en la filosofía político-social de Bolivia, Perú y Ecuador. Buenos Aires. Argentina.
- ARANGO, Raúl y Enrique Sánchez (1998). Los pueblos indígenas de Colombia, Tercer Mundo Editores, Bogotá
- AYLWIN. José. (2004). Políticas públicas y pueblos indígenas: el caso de las tierras mapuche en Neuquen (Argentina) y la Araucanía (Chile). CLASPO (Universidad de Texas) Temuco, Chile.
- BAER, V, Baer, Igor, Oliva, 2008. "Análisis de la propuesta de política indígena re conocer". Revista Serie informe político N° 105. Santiago de Chile.
- BARBERO. M. Jesús y OCHOA GAUTIER, A Maria. (2005). Políticas de multiculturalidad y desubicaciones de lo popular. En libro: Cultura, política y sociedad Perspectivas latinoamericanas. Daniel Mato. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina pp. 181-197.
- BARBOSA, Reinaldo, 2011. El orden del todo. Colombia. Universidad nacional de Colombia.
- BERRERA, M. Ángel. (2010). Política discursiva y práctica deliberativa, un balance critico de los aportes de Frank Fischer. En Roth, D. André. Enfoques para el análisis de políticas públicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

- BORIOLI, Gloria, 2009, Escribir para compartir. El modelo bottom-up y el aprendizaje con los pares. Praxis Educativa. Argentina. Universidad Nacional de La Pampa.
- BORRERO, Camilo, 2014. "La participación de los pueblos étnicos en la negociación del fin del conflicto armado colombiano". Revista De Derecho Público. Colombia. Universidad de los Andes.
- CANO, Luisa Fernanda. (2008). La participación ciudadana en las políticas públicas de lucha contra la corrupción: respondiendo a la lógica de gobernanza. Bogotá D.C. Colombia.
- CAOI. (2010). Buen vivir Vivir bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima Perú.
- CAPI, PNUD. (2009). Propuestas de Políticas Públicas para Pueblos Indígenas. Edición Naciones Unidas. Asunción. Paraguay.
- CAMACHO CELIS, M. (2011). El giro argumentativo en el análisis de políticas públicas. Una transición desde la tecnocracia a enfoques cualitativos. Aspectos generales sobre la política pública frente al desplazamiento forzado en Colombia.
- GIGAPP- IUIOG. Estudios Working Papers. Num 2010-01. ISSN: 2174-9515. Madrid, España.
- CASTELLS, Manuel. (1972), La cuestión urbana. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Madrid. España.
- CEPAL-Naciones Unidas. (2009). Comunidades indígenas, políticas públicas, autonomía cultural y ciudadanía. Fundación Ford (FF) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- CIAPPINA. Carlos M. (2007). Principios formativos en el estado. Identidad cambio cultural para una gestión pública incluyente. Buenos Aires. EDULP.
- COLQUE, Gonzalo. (2010), Rediseño de gobiernos locales indígenas en Bolivia Director, Fundación Tierra. La Paz, Bolivia.
- DE SOUSA, S. Boaventura. (2010). Refundación del estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del sur. AbyaYala. Quito. Ecuador.
- FIGUEROA, Verónica L. (2010). Capital Social y Desarrollo Indígena Urbano: una propuesta para una convivencia multicultural. Los mapuches de Santiago de Chile. Centro ESADE - escuela superior de administración y dirección de empresas, Departamento Economía, Ciencias Sociales y Métodos. Chile.

- FIGUEROA, H. Verónica. (2009). Políticas públicas: Una difícil relación para una convivencia multicultural. *Revista Política Educativa*. Docencia N° 37. Santiago de Chile.
- GONZÁLEZ, Angélica L. (2009). Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá análisis de la política pública en salud distrital 2004-2007. Colegio mayor de nuestra señora del Rosario. Bogotá.
- GONZÁLEZ, P. Nidia. (2006). Resistencia Indígena, alternativa en medio del conflicto Colombiano. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- GIDDENS, A. (1995). In defense of sociology. *New Statesman and Society*, 7 April.
- JIMÉNEZ, David Andrés (2000). Chamanismo: el otro hombre, la otra selva, el otro mundo. Entrevistas especialistas sobre magia y la filosofía amerindia.
- LALANDER, Richard. (2010). Retorno de los Runakuna Cotacahi y Otavalo. Universidad Politécnica Salesiana. Editorial Abya Yala: Quito. Ecuador.
- LASSWELL H.D. (1992). La orientación hacia las políticas públicas, en Aguilar Villanueva L.F. (comp.) *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa Editor, pp. 79-103.
- LÓPEZ, Zahir. (2010). "Indígenas Urbanos en Medellín-. *Revista Asociación de entidades culturales en cultura*. Medellín. Colombia
- MARTINEZ, C. Regina. (2009). "Indígenas Urbanos ¿Tradición o modernidad?". *Revista opinión*. México.
- MEENTZEN, Ángela. (2007). Políticas públicas para los pueblos indígenas en América Latina. Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia. Primera edición, agosto. Lima.
- MIRELES, Andres. (2010). Problemáticas de Salud indígena
- MONTOYA, J. F. y Hernández, M. E. (2007). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Universidad Nacional Colombia. Bogotá. D.O
- MOTTA, G. Nancy. (2007). Tejiendo la vida en la ciudad de Cali. Estrategias de adaptación e inclusión de seis cabildos urbanos. Santiago de Cali.
- NAVARRO CARRASCAL, Oscar Eduardo (2002). Representaciones sociales de la cultura adaptativa en un pueblo indígena de la Sierra nevada de Santa Marta
- NEMOGÁ, Gabriel (2001). "Contexto social y político de las transformaciones de la administración de justicia en Colombia", en Mauricio García Villegas y Boaventura de Sousa Santos (eds.). *El caleidoscopio de las justicias en Colombia: análisis*

socio jurídico, Siglo del Hombre Editores, Uniandes, Colciencias, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- PEÑARANDA, R. (2001). Los nuevos ciudadanos: las organizaciones indígenas en el sistema político colombiano. En c. Francisco Gutiérrez Sanín, Degradación o cambio. Evolución del sistema político colombiano (págs. 131-181). Bogotá: Norma
- PETTIT P. (2001). Deliberative Democracy and the Discursive Dilemma, En: Philosophical 'sales (supplement to Nous). Australia. Editorial Nous, vol.11.
- PINEDA CAMACHO, R. (1997). La constitución de 1991 y la perspectiva del multiculturalismo en Colombia. Alteridades 7, 107-129.
- RAIDAN. Ariel. (2009). "Nuevo rol del Estado, nuevo rol de los Municipios". La implementación de mecanismos de coordinación para la superar de los desafíos de la Gestión Pública. Facultad de Ciencias Sociales-UBAX Seminario de Red Muni: 13 y 14 de agosto. Buenos Aires. Argentina.
- RAQUIRA, Letnia Lizeth. (2013). Zamuyunakia: En busca de un sistema integral de salud indígena. Ed. U. Libre.
- REVUELTA, V. Benjamin. (2007). La implementación de las políticas públicas. Dikaion, noviembre, año/vol. 21, número, 016 Universidad de la Sabana Chía Colombia. Pp 135-156.
- RODRÍGUEZ, Gloria Amparo. (2005). Artículo "La consulta previa a pueblos indígenas". En Comunidades étnicas en Colombia. Cultura y jurisprudencia. Universidad del Rosario.
- ROE, Emery. (1994). Narrativa Policy Analysis, Duke University Press, Durham and London
- RODRIGUEZ, Ernesto. (2012). Salud pública, políticas sociales y desarrollo humano de adolescentes y jóvenes indígenas en América Latina, experiencias acumuladas y desafíos a encarar.
- ROTH. Deubel. A. N. (2010). Enfoques para análisis de políticas públicas. Universidad Nacional de Colombia. IEPRI. Bogotá. Colombia.
- SABATIER, Paul. (1986). 'Top-Doom and Bottom-Up Models of Policy Implementation: A Critical Analysis and Suggested Synthesis,' Journal of Public Policy 6 (January):21-48.
- STIGLITZ, E, Joseph. (2002). El malestar en la globalización. Taurus. Bogotá.

SUAREZ, Martha Cecilia. (2001) Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas médicas. Simposio: Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas

SÁNCHEZ BOTERO, Esther (2004). Justicia y pueblos indígenas de Colombia: la tutela como medio para la construcción de entendimiento intercultural, 2ª ed., Unijus, Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Derecho y Ciencias Políticas y Sociales, Bogotá.

TERAN, Malo. (1995). Políticas de salud y pueblos indios. Ediciones Abya — Yala. Quito

TOURAINE, Alain. (1997). ¿Podremos vivir juntos?. La discusión pendiente: El destino del hombre en la aldea global. Fondo de cultura económica. Buenos Aires. Argentina.

WABGOU, Maguemati. (2010). Identidades y emancipación. En Roth D. André, Las políticas públicas de las diversidades. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Normas jurídicas

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, (Artículo 7). Presidencia de la República. Bogotá. Colombia

DECRETO 1811 de 1990. República de Colombia ministerio de salud. por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas. Bogotá. Colombia.

DECRETO 4127 de 2005. Por el cual se define el número mínimo de afiliados que deban acreditar las ARS o EPS Indígenas. Bogotá. Colombia.

DECRETO 1088 de 1993. (Junio 10), por el cual se regula la creación de las asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. Presidencia de la república. Bogotá Colombia.

DECRETO No 543 de 2011. "Por el cual se adopta la Política Pública para los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.". Colombia. La Alcaldesa mayor de Bogotá. D.C.. Designada.

DECRETO 1320 de 1998. Ministerio del Interior. Por el cual se reglamenta la consulta previa con las comunidades indígenas y negras para la explotación de los recursos naturales dentro de su territorio. Bogotá. Colombia.

Decreto 2716 DE 2004. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001. El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993. Bogotá. Colombia.

- LEY 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Bogotá. Colombia.
- LEY 10 de 1990. (Enero 10 de 1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud. Bogotá. Colombia.
- LEY 60 de 1993. (Agosto 12), por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. El Congreso de Colombia. Bogotá.
- LEY 691 de 2001. (Septiembre 18). Diario Oficial No. 44.556, de 21 de septiembre de 2001.
- OMS - OPS, 1993. Resolución V —Salud de los Pueblos Indígenas. Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg. Manitoba, Canadá.
- Actas, documentos y cartas institucionales
- ACIN. 2001. Plan de Vida. Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca. Santander. Cauca. Colombia.
- CRIC, 2007. Plan de Vida de las comunidades indígenas del Cauca: Programa de salud. Popayán. Cauca.
- CRIC. 2005. Plan de Vida. Consejo Regional Indígena del Cauca. Popayán. Cauca Colombia.
- GRUPO DE TRABAJO INDÍGENAS URBANOS, 2008, Informe de la comisión verdad histórica y nuevo trato con los pueblos indígenas 2001 - 2003. Editado por el Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas. Santiago de Chile.
- LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS, 2007, Pueblos Indígenas. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Estrategia AIEPI iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Washington D. C.
- MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA, 2011. Mesa nacional de concertación. Presidencia de la república. Bogotá.
- Naciones unidas, 2006, "Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas Informe sobre el quinto periodo de sesiones (15 a 26 de mayo de 2006) Consejo Económico y Social". Documentos Oficiales. Suplemento No. 23. Nueva York.
- UNICEF. 2003, "Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos oficina de área para Colombia y Venezuela". Gente nueva. Bogotá, D.C.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2006, Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: salud mental de los pueblos indígena, Facultad nacional de salud pública área de comportamiento humano y salud grupo de investigación en salud mental Organización Indígena de Antioquia. Medellín, Colombia.

Citas web

CASSÚ, ENRIC, 2009, "Cambio Cultural y Urbanización en Amazonia" Leticia, Amazonas. Colombia. <http://indigenasurbanosinfo=3>.

CONADI, 2008, "Presentan propuestas de política pública indígena urbana al comité de Bio, Bio", www.lanahuenotidas.cl. Santiago de Chile.

GONZALEZ, P. Nidia, 2006, Resistencia Indígena, alternativa en medio del conflicto Colombiano. Pontificia Universidad Javeriana.
Elogotál<http://www.articuloz.comisociedad-articulosmovimientos-indigenas-latinoamericanos-un-desatlo-87619316ml>.

GRUPO DE TRABAJO INDÍGENAS URBANOS, 2008, Infame de la comisión verdad histórica y nuevo trato con los pueblos indígenas 2001 - 2003. Editado por el Comisionado Presidencial para Asuntos Indígenas. Santiago de Chile.

UKHAMAWA NOTICIAS, 2007, "Definen política indígena urbana.
[Ukhamawablogspotcom/.../deflnen-poitica-indgena-urbana.html](http://ukhamawablogspot.com/.../deflnen-poitica-indgena-urbana.html). Arica. Chile.

VALENZUELA, L. Nicolás, 2006, "Indígenas en la Ciudad: Chile, Ciudades, Gobierno, Latinoamerica, Participación Ciudadana, Patrimonio de Chile".
<http://wplataformaurbanadrarchive/2006/12/26/consulta-sobre-politica-indigena-urbana/>. Santiago.